

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 36

LA
TUBERCULOSE PROSTATIQUE
ET SON TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 décembre 1935

PAR

Yves COUZIGOU

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TONQUÉDEC (Côtes-du-Nord), le 21 avril 1910.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		PAPIN, professeur	Juges
		CHARRIER, agrégé	
		FONTAN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 36

LA

TUBERCULOSE PROSTATIQUE ET SON TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 décembre 1935

PAR

Yves COUZIGOU

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TONQUÉDEC (Côtes-du-Nord), le 21 avril 1910.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges
		CHARRIER, agrégé.....	
		FONTAN, agrégé...f.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale..... AUBERTIN.
Clinique chirurgicale..... BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique..... GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales..... CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants..... CRUCHET.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique..... SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique..... C. SIGALAS.
Anatomie..... VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques..... BONNIN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques..... PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires..... DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales..... ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic..... RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... CHARRIER.
id..... DUFOUR.	id..... LOUBAT.
Physiologie..... FABRE.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
Médecine générale..... DAMADE.	Ophthalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie..... DESPONS.
id..... DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DE GRAILLY.	Physique médicale..... WANGERMEZ.
id..... FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie..... VITTE.

OURS COMPLÉMENTAIRES

MM.	MM.
Physiologie..... FABRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique..... WANGERMEZ.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Botanique..... GIRARD.
Pathologie médicale..... DELMAS-MARSALET.	Médecine légale..... DERVILLÉE.
Puériculture..... FAUGÈRE.	Bactériologie..... MOULÉAU.
Pharmacie chimique..... VITTE.	

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR

A MON PERE

Qui me donne chaque jour l'exemple
d'une vie de travail, d'honnêteté et de
dévouement.

A MES FRERES ET SOEURS

Avec toute mon affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AUX PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des Maladies des voies urinaires
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie de Paris,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre respectueuse gratitude.

LA

TUBERCULOSE PROSTATIQUE

ET SON TRAITEMENT

HISTORIQUE

C'est dans un ouvrage de E. A. Lloyd que l'on trouve la première observation digne d'être rapportée : chez un phtisique, cet auteur avait trouvé une grande cavité prostatique contenant plus d'une once de matière tuberculeuse. Louis signale 3 cas (1825), mais, pour lui, devant la fréquence constatée à l'autopsie de la tuberculose pulmonaire, celle-ci constituait le pivot de toutes les tuberculoses et le poumon était le siège nécessaire et principal de tubercules toutes les fois que le sujet a dépassé l'âge de 15 ans. Sur 40 phtisiques, il a trouvé 3 tuberculoses de la prostate, mais il ne l'a pas cherchée sur les autres. Bayle et James Wilson partageaient la même opinion ⁽¹⁾.

« Un peu plus tard, après Dupuytren, vient le travail de Verdier (1858); il y étudie le progrès morbide à ses divers états : miliaire, caséeux, crétacé. Puis Cruveilhier consacre en partie la trente-neuvième livraison de son admirable *Anatomie pathologique* (1838-1842) à l'étude d'une dégénération

(1) Bayle, d'ailleurs, ne fait que parler vaguement de la coexistence de tubercules dans la prostate et dans d'autres organes. On n'en trouve nulle mention dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, Paris, Gabon, éd. 1810.

tuberculeuse de la prostate. La question était donc nettement posée quand Velpeau écrivait son article *Prostate* (1842), et cependant le célèbre chirurgien semble à peine s'en douter; pour lui, les tubercules qu'il dit avoir observés 2 ou 3 fois étaient du pus infiltré au lieu d'être collecté, et s'il reconnaît que ce « genre de suppuration ne survient que dans les cas de prostatite modérément aiguë, chez des sujets cacochymes ou quand il n'a pas été possible de continuer assez longtemps ou avec assez d'énergie la médication affaiblissante », il ne signale même pas ses rapports possibles avec la phthisie pulmonaire, il n'entrevoit de dangers qu'au point de vue purement local, « car, dit-il, les foyers de tubercules sont autant de corps étrangers qui font épine dans les tissus ».

« Cependant, les observations se multipliaient de jour en jour dans les *Bulletins de la Société anatomique*; outre celles que Lebert reproduisait dans son *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale* (1755-1861), les faits dus à Bauchet, Viard (1847), Broca (1851), Bacquias (1851), Blin (1853), Dufour⁽²⁾ (1854), purent fournir des documents précis à Béraud (1857). Aidé de Vidal et de Robin, il consacra au tubercule l'un des chapitres les plus remarquables de son travail, et établit sans conteste l'existence du tubercule primitif de la glande. Déjà l'on avait discuté au sein de la Société de chirurgie la question de savoir si le tubercule de cet organe était sous l'influence d'une diathèse ou s'il en était indépendant, s'il y avait tubercule *malin* ou tubercule *bénin*, comme le disait Vidal; mais c'est à Béraud que revient le mérite d'avoir résolu le problème.... et d'avoir déclaré catégoriquement : « Nous pouvons affirmer qu'il y a du tubercule dans la prostate alors que tous les autres organes n'en offrent pas le » moindre vestige. » Beaucoup de travaux vinrent confirmer ultérieurement ces conclusions. Nous signalerons les faits dus à Charles Sarazin (1860), Guerlain (1860), Mistcherlich (1864),

(2) Cette thèse résume l'histoire de la question jusqu'en 1854.

Obédénare (1865), Petit (1875). Plus près de nous et pour ne pas surcharger cet historique, je citerai la thèse de Delfau (1874), le travail si riche de faits et si précis de doctrine de P. Reclus, l'étude clinique de Tapret (1878), enfin le chapitre de Ledentu (1881). »

Telles étaient les lignes que Jullien (Louis) écrivait en 1880 dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. La conception classique de la fréquence de l'atteinte tuberculeuse primitive de la prostate devait bien changer au cours des décades suivantes puisque, aujourd'hui, on ne considère comme réellement primitifs (pathogéniquement parlant) que les cas de Crandon, Oppenheim, Kapsammer, Llobet (2 cas), Socin, Scott (2 cas) (3).

Peu de travaux importants sont à signaler dans l'époque moderne, et il faut avouer que la pathogénie de l'atteinte tuberculeuse de la prostate est encore le sujet de discussions interminables.

Le traitement de la tuberculose prostatique devait naturellement suivre l'évolution des théories pathogéniques. Aux premiers temps de l'histoire de la tuberculose prostatique, alors que Louis et Bayle considéraient le poumon comme le premier organe à envisager au point de vue clinique et comme le point de départ de toutes les autres tuberculoses de l'organisme, la tuberculose prostatique était laissée dans un *abandon thérapeutique presque complet*, puisque le poumon seul devait et méritait d'être soigné. Aussi les constatations anatomo-pathologiques de Louis, de Baillié, de Cruveilhier, de Rokitansky, ne furent-elles suivies d'aucune déduction thérapeutique. Les thèses intéressantes de Béraud, de Defan, ne s'étendent aucunement sur le traitement à diriger contre les désordres que détermine cette affection. Cependant, nous avons trouvé, dans le traité de Voillemier et Le Dentu, un passage intéressant où l'on commence à trouver, au milieu

(3) L'on doit cependant aux premiers auteurs cités plus haut d'avoir montré l'existence courante de la tuberculose *cliniquement primitive* de la prostate.

de bien des réticences et des réserves, une tendance à l'intervention active. « La chirurgie doit intervenir le moins possible dans le traitement et quand son intervention est indispensable elle exige la plus grande prudence. »

C'est Guyon et Bouilly, qui, en 1883, entrèrent les premiers dans la voie séduisante du *traitement chirurgical*. En Allemagne, Dittel (1889) et Marwedel pratiquèrent de parti pris la taille prérectale pour différents cas de tuberculose de la prostate. Ils affirmaient que ce procédé opératoire permet de respecter sincèrement les organes du voisinage et de mettre mieux à découvert la glande prostatique.

Le traitement logique, et par conséquent efficace, parut alors être le traitement chirurgical, et, jusqu'à l'époque moderne, tous les auteurs recommandaient à l'envi une intervention large, radicale et salvatrice.

En même temps, Lannelongue introduisait dans la thérapeutique des abcès froids tuberculeux sa méthode des *injections sclérosantes*, technique immédiatement mise à profit par un grand nombre d'auteurs pour la tuberculose prostatique : en 1892, Horteloup, chirurgien de l'Hôpital Necker, pratiquait des injections de chlorure de zinc chez un malade. Dittel et Marwedel injectaient de l'iodoforme.

De tous côtés, on incisait couramment tous les abcès tuberculeux de la prostate, et l'on nettoyait le foyer à la curette. Petit à petit, cependant, le traitement chirurgical de la tuberculose prostatique commença à voir diminuer le nombre de ses défenseurs, du moins en France. Peut-être faut-il voir là une fois de plus l'influence des idées pathogéniques, variables suivant les époques et les pays. Car une lecture tant soit peu attentive de la littérature étrangère afférente à la tuberculose prostatique, lecture qui d'ailleurs ne paraît pas avoir été effectuée par beaucoup, montre une opposition totale entre les conceptions pathogéniques régnant en France et celles enseignées en Allemagne par exemple. Aussi, à la même époque, tandis qu'on proscrivait chez nous l'intervention chirurgicale dans la tuberculose prostatique, Hesse écrivait, en

1914, dans le *Klin. Wschr.* : « Il n'est jamais trop tôt pour décider l'intervention dans la tuberculose prostatique. » Et ailleurs : « On devrait opérer dans tous les cas de tuberculose prostatique et abandonner le traitement médical qui s'est révélé totalement inefficace. »

Dans la période toute moderne d'après guerre, la même divergence de traitement a persisté entre les deux grandes écoles. Il conviendrait de faire le point. Une étude attentive des malades et surtout de leur évolution permettrait sans trop de peine d'arriver à un juste milieu en matière de thérapeutique. Aussi convient-il de regretter ici, plus que partout ailleurs, le trop petit nombre des observations publiées et surtout l'insuffisance de renseignements relatifs aux suites opératoires quand on aura pratiqué une intervention ou à l'évolution de la maladie quand on se sera contenté d'un traitement purement médical.

La tuberculose de la prostate mérite donc d'être étudiée avec une attention plus approfondie qu'il n'a été fait jusqu'ici. L'étude de la pathogénie de cette affection, en particulier, est à reprendre à la lumière des conceptions modernes sur le mécanisme de l'infection bacillaire en général. Les malades devront être suivis pendant plus longtemps qu'on ne le fait habituellement, et les renseignements sur l'évolution ultérieure devront constituer la partie importante des observations publiées, dont il faut désirer que le nombre aille en augmentant ⁽⁴⁾, à mesure que le diagnostic précoce sera plus souvent posé et qu'une thérapeutique appliquée à temps aura modifié du tout au tout l'avenir de ces malheureux.

(4) Car s'il y a quarante ans, la tuberculose de la prostate était considérée comme une affection relativement rare, Hesse écrivait, dès 1914, dans le *Berl. kl. Wschr.* : « On considère aujourd'hui que la prostate est l'organe le plus fréquemment atteint par la tuberculose dans l'appareil uro-génital. » Voir aussi les travaux récents (1930) de Constantinesco et Vintici.

ETIOLOGIE ET FREQUENCE DE LA TUBERCULOSE PROSTATIQUE

La tuberculose de la prostate est essentiellement une *maladie de l'âge adulte*, observée surtout dans la période d'activité sexuelle (Albarran).

Chez *l'enfant*, elle a été signalée à 11 et 12 ans par Jullien (1880). Verneuil rapporte également l'autopsie d'un « jeune enfant » chez lequel la glande était atteinte.

Chez *le vieillard*, Jullien, sur une statistique de 29 cas, signale 8 cas de 50 à 60 ans (50, 50, 55, 55, 57, 57, 58, 60) et un de 76 ans. Simmonds cite 16 cas de 50 à 60 ans; 6 de 40 à 70 ans; 5 au-delà de 70 ans, et un malade au-dessus de 80. Hoffmann a eu un malade de 68 ans; Marwedel, un de 63 ans; Duff et O. Swinney Lowsley, un de 69 ans; Scott, un de 83 ans; le malade de Crandon, malade considéré en général comme appartenant à l'un des rares cas connus de tuberculose pathogéniquement primitive de la prostate, était âgé de 67 ans. La fréquence de la tuberculose prostatique chez le vieillard est donc plus importante qu'on ne serait tenté de le croire. C'est à Gayet (1924) que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur ce fait : sur 60 malades examinés, il en a trouvé 7 entre 50 et 60 ans; 6 entre 60 et 70 ans; 4 de 70 ans et plus; soit 17 de plus de 50 ans, contre 43 chez des jeunes.

On a étudié la *fréquence de la tuberculose prostatique relativement aux autres localisations* tuberculeuses. Il est admis en général que la tuberculose prostatique se rencontre dans 73 p. 100 des cas de tuberculose frappant un point quelcon-

que de l'appareil uro-génital. Voici à cet effet quelques statistiques :

	Tuberculose uro-génitale	Tuberculose prostatique	Soit un pourcentage de
Krzywicki	15	14	93,3 p. 100
Hesse	815	534	60,5 p. 100
Barney, Cabot	101	75	74,2 p. 100
Oppenheim	37	18	48,7 p. 100
Collenet	70	44	62,8 p. 100
Hallé, Motz	72	59	82 p. 100
Simmonds	35	26	74,3 p. 100
Soit	1.145 cas	790 cas	68,9 p. 100

Depuis l'année 1890 jusqu'à l'année 1903, Guisy (d'Athènes) a constaté 269 cas de tuberculose des divers points du corps, dont 183 étaient des cas de tuberculose génito-urinaire associée à celle des poumons, des intestins, du péritoine, de la colonne vertébrale, des os, des articulations, etc., et 86 étaient des cas cantonnés dans l'appareil génito-urinaire seul. Des 86 cas, 41 étaient des cas de tuberculose prostatovésiculaire associée à celle de l'arbre urinaire (vessie, reins); 29, des cas de tuberculose prostatovésiculaire associée à celle des organes génitaux (canaux déférents, épидидymes, testicules); 10, des cas de tuberculisation prostatovésiculaire seule, et primitivement localisée de la prostate et des vésicules séminales; 5, des cas de tuberculose de la prostate seule; et, enfin, 1 seul cas de tuberculose des vésicules séminales seules.

Quand on découvre donc une tuberculose du tractus uro-génital sans signes cliniques du côté de la prostate, un examen attentif de cette glande permettra donc très souvent de déceler son atteinte, dans 75 p. 100 des cas environ, d'après les auteurs latins et anglo-américains.

En Allemagne, toutefois, la conception de la fréquence relative de la tuberculose prostatique par rapport aux autres lésions tuberculeuses du tractus uro-génital est quelque peu différente de la nôtre. Si, tout d'abord, la tuberculose de la prostate fut considérée comme une affection relativement rare par les premiers auteurs (Franz König, Marwedel et leurs prédécesseurs), plus tard, à la suite des travaux de

Simmonds, de Götzl, de Sussig et d'autres, on considéra que la prostate, à côté des épидидymes et des vésicules séminales, est le siège le plus fréquent de la localisation primitive du bacille de Koch dans le système génital; d'après Simmonds, la prostate serait même l'organe le plus fréquemment atteint. En 1913, en particulier, Hesse s'est fait le défenseur de cette conception dans un important travail publié dans le *Ztrbl. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.* en 1913, et, en 1914, dans un article du *Klin. Wochenschr.* Hesse déclarait même que « l'atteinte tuberculeuse de la prostate est plus fréquente que celle de l'épididyme et des reins ».

Cette conception qui nous surprend et qui est à l'opposé de tout ce qui est enseigné par les urologues français, en particulier Marion, ne pouvait cependant être passée sous silence en raison de l'autorité de ses protagonistes.

Certains auteurs, particulièrement en Allemagne, berceau de l'anatomie pathologique, ont cru pouvoir résoudre la question de la fréquence de la tuberculose prostatique par la pratique des autopsies et l'établissement de statistiques dressées d'après les découvertes nécropsiques.

C'est ainsi que le Japonais Seiju Tsuda (de Formose), alors qu'il était à Berlin, avait reçu du professeur Ceelen la mission de rechercher la fréquence de la tuberculose isolée de la prostate, vraisemblablement d'origine hématogène, ainsi que celle par rapport aux autres lésions tuberculeuses du système uro-génital, puis d'étudier la présence des bacilles de Koch dans le système génital des hommes décédés de tuberculose et autopsiés au *Berliner Pathologischen Institut*, en particulier dans les cas où il n'avait pas été possible de mettre en évidence pendant leur vie une atteinte macroscopique, et à plus forte raison microscopique, de ces organes.

Seiju Tsuda publia le résultat de ses investigations statistiques en 1924, dans les *Arch. f. path. Anat.* De 1913 à 1922 inclus, il avait été autopsié au *Berliner Pathologischen Institut* un total de 12.541 cadavres parmi lesquels se trouvaient 1.539 cadavres de sujets morts de tuberculose, dont 940 hom-

mes, qui seuls nous intéressent ici évidemment. Sur ces 940 cadavres, il y en avait 93 qui présentaient, toujours à l'autopsie, une tuberculose d'un point quelconque de l'appareil uro-génital (soit 10,1 p. 100 des tuberculeux hommes autopsiés).

Seiju Tsuda, dans ses statistiques, trouvait, sur 93 cas de tuberculose génito-urinaire :

a) Prostate indemne dans 21 cas, soit 22,1 p. 100;

b) Prostate atteinte dans 74 cas, soit 77,8 p. 100 (1).

Parmi ces 74 tuberculoses prostatiques se trouvaient :

1° Dans 36 cas, soit 48,6 p. 100, une *tuberculose concomitante des autres organes génito-urinaires* (reins, vessie, vésicules séminales, testicules, épидидymes).

2° Dans 18 cas, soit 24,3 p. 100, une tuberculose concomitante d'autres organes *génitaux* (épидидymes, testicules, vésicules séminales).

3° Dans 13 cas, soit 17,5 p. 100, une tuberculose concomitante du système uropoïétique (reins, vessie).

4° Dans 7 cas, soit 9,4 p. 100, une *tuberculose isolée* de la prostate.

En ce qui concerne la fréquence de l'atteinte des organes individuellement considérés :

Prostate, 74 cas;

Vésicules séminales, 59 cas;

Epидидymes, 52 cas;

Testicules, 22 cas;

Reins, 54 cas;

Vessie, 27 cas.

Voici quelques autres statistiques montrant la *fréquence de signes de tuberculose pulmonaire* chez les malades atteints de tuberculose de la prostate.

(1) Hesse trouvait la prostate atteinte dans 68,5 p. 100, chiffre un peu plus faible, tandis que Kaufmann donnait un pourcentage beaucoup plus important, égal à 83 p. 100.

	Tuberculose prostatique	Tuberculose pulmonaire
Desnos	16	6
Jullien	41	23
Krzywicki	14	12
Oppenheim	100	81
Rautbard	100	83
Reclus	100	98
Young	342	96
Socin	52	41
	763	442
	soit 57 p. 100	

Comme on ne sait pas dans quelles conditions ces statistiques ont été établies, il convient de faire toutes réserves à leur sujet.

Il convient également de faire des réserves importantes au sujet des statistiques de Seiju Tsuda, qui n'ont été établies que sur des autopsies, statistiques qui sont rapportées en gros et sans aucun détail sur les lésions observées, ni sur l'histoire antérieure des malades. « Chez des malades de fond de salle d'hôpitaux décédés de phtisie commune, on sait bien que les derniers stades de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire sont corrélatifs d'une disparition complète de l'allergie antituberculeuse, et qu'il se produit souvent à ce moment un essaimage de tubercules dans tout l'organisme », écrivait Berthon dans l'étude qu'il a consacrée à la tuberculose rénale du vieillard et à sa pathogénie (Thèse Bordeaux, 1935-1936), au sujet de laquelle il avait relevé une erreur d'interprétation en tout point analogue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La forme la plus simple de tuberculose prostatique que l'on puisse rencontrer est celle caractérisée par la présence d'une ou plusieurs *granulations initiales*. C'est autour des acini glandulaires et de leurs conduits excréteurs qu'on les rencontre de préférence. L'examen microscopique démontre que c'est dans la paroi même de l'acinus, ou dans le tissu conjonctif immédiatement adjacent, que se fait la localisation primitive. Il existe une prolifération abondante de l'épithélium glandulaire et une infiltration du tissu périacineux par les cellules rondes; les bacilles se trouvent surtout entre l'épithélium et les couches sous-jacentes. Cette conception semble unanimement acceptée (Marion, Letulle). On savait d'ailleurs déjà, en 1880, que « le mal débute dans la zone glandulaire de la prostate, et que, dans cette zone même, ce sont les parois des follicules que le tubercule frappe les premières » (L. Jullien).

Nous avons recherché dans la littérature si on trouvait signalées des *lésions bacillaires de la prostate sans follicules tuberculeux*, lésions tuberculeuses non folliculaires, analogues à celles rencontrées dans le rein atteint de néphrite épithéliale due au bacille de Koch (Landouzy et son école).

Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont recherché la présence de bacilles dans la prostate de tuberculeux pulmonaires chroniques.

Le premier travail à signaler dans cet ordre d'idées est celui de Jani, en 1893, travail qui fut suivi par celui de Nakarai (1898).

Jani a trouvé 4 fois le bacille de Koch sur les prostates examinées, à raison de 2 bacilles sur chacune des 6 préparations. Nakarai était arrivé à des résultats analogues.

Ultérieurement, Simmonds, en 1914, s'appuyant sur les travaux précédents, étudia le passage des bacilles tuberculeux du tissu interstitiel dans la lumière des conduits et parla d'« Ausscheidungstuberkulose » de la prostate, analogue à la bacillurie observée dans le rein.

Contrairement à ces auteurs, Walther (1894) et d'autres n'avaient pu découvrir un seul bacille. En 1912, Benda remettait en question les observations de Jani, ainsi que celles de Nakarai, et signalait les confusions possibles entre le bacille tuberculeux et les lipochromes.

Plus près de nous, en 1921, Sussig n'a pu découvrir un seul bacille au cours de nombreux examens d'une série complète de préparations microscopiques provenant des prostates de 13 malades décédés de tuberculose miliaire aiguë. Contrairement à Simmonds, cet auteur n'admet pas l'existence d'une « Ausscheidungstuberkulose », ayant toujours trouvé des tubercules d'origine hémotogène dans le tissu interstitiel de la glande. Seiji Tsuda a effectué la même recherche sur les pièces provenant de 13 cadavres décédés de tuberculose (11 tuberculoses chroniques et 2 tuberculoses miliaries aiguës), il n'a pas trouvé de bacilles isolés dans le tissu interstitiel de la prostate et n'en a trouvé qu'une seule fois dans le tissu interstitiel du testicule.

Il semble donc bien, à l'heure actuelle, que l'on doive considérer le premier stade de l'atteinte tuberculeuse de la prostate comme marqué par le semis des granulations initiales. Elles sont toutes petites, visibles à peine à l'œil nu et disséminées dans tout le parenchyme prostatique, forme exceptionnelle, mentionnée au cours de la granulie ou des tuberculoses aiguës généralisées, presque inappréciable en clinique : la glande est alors simplement tuméfiée par une congestion générale. Nous avons vu où elles se disposent. Plus rarement, on a observé des granulations dans le stroma pros-

tatique sans rapport avec les glandes, surtout dans la zone péri-urétrale. Le bacille de Koch a été constaté au niveau de l'épithélium glandulaire.

« Parfois, dit Letulle, un seul tubercule existe, incrusté, semble-t-il, au sein d'un bloc de tissu fibreux formé aux dépens d'un ou de plusieurs des lobules prostatiques. » (*Anatomie pathologique*, Masson, édit., Paris, t. III, p. 2090.)

De *gros noyaux tuberculeux*, crus ou caséux, infiltrent la glande en nombre variable, indurent son parenchyme, et par suite sont assez appréciables cliniquement : la prostate est alors augmentée de volume et sa forme est altérée par la saillie des nodules périphériques. Sa consistance est inégale, avec des bosselures dures ou molles, inégalement réparties dans les deux lobes, mais plus souvent il y a prédominance des lésions dans un lobe avec intégrité relative de l'autre lobe.

Ces gros tubercules subissent l'évolution de tout tubercule, qui peut se faire suivant deux modes différents :

- l'enkystement scléreux;
- la caséification.

Les *tubercules enkystés* sont constitués par un véritable bloc caséux, homogène, granuleux, sans aucun élément cellulaire distinct, et entouré au début par une zone où l'on distingue des éléments leucocytaires et des vestiges glandulaires. Plus tard, apparaît une zone conjonctive fibreuse formant une sorte de capsule dans laquelle le noyau caséux est enkysté. Le tissu prostatique normal succède sans aucune sorte de transition à cette capsule. Ce tubercule ainsi enkysté peut alors disparaître par résorption, laissant après lui un simple nodule fibreux cicatriciel : c'est la guérison.

Au contraire, dans le *ramollissement*, l'abcès tuberculeux va se constituer.

Il est fréquent que des *lésions de périprostatite* accompagnent les noyaux, pouvant être soit une réaction banale des tissus, soit plus ordinairement d'origine spécifique; « elle

est alors folliculaire et caséogène; ses foyers peuvent, assez souvent, irradier dans le tissu cellulo-adipeux du pelvis et même atteindre le rectum, la vessie, le péritoine, et surtout les ganglions lymphatiques tributaires sous-péritonéaux pelviens, plus ou moins distants. Ces adénopathies caséuses, fibro-caséuses ou même hyalines, se compliquent parfois de dégénérescence amyloïde » (Letulle, *loc. cit.*).

Des *abcès*, des *cavernes* et des *fistules* résultent de la fonte et de la suppuration des noyaux tuberculeux. L'abcès envahit les tissus périphériques et tend à se porter vers l'urètre, ou vers la capsule prostatique. Les cavernes peuvent être multiples et petites ou très volumineuses, occupant tout un lobe prostatique, et même toute la glande. Le plus souvent, elles s'ouvrent dans l'urètre ⁽¹⁾. Quelquefois même, la destruction a porté sur l'urètre, et celui-ci fait totalement défaut dans son trajet prostatique. Il en résulte qu'au-dessous de la vessie une cavité purulente de dimensions parfois considérables se forme, remplaçant la prostate détruite. Cette cavité, limitée par une paroi fibro-caséuse, est traversée quelquefois par des brides. Le col lui-même peut être détruit, la cavité communiquant alors avec la *vessie*; les désordres sont considérables : le tissu glandulaire a complètement disparu ⁽²⁾, il ne reste plus qu'une coque de matière tuberculeuse communiquant avec la vessie et l'urètre (Simon) ou bien étendue du rectum au corps caverneux, englobant deux corps piriformes qui semblent être les vestiges des vésicules (Dufour) : ailleurs, c'est une vaste poche qui soulève le trigone et le bas-fond de la vessie et est limitée par le cul-de-sac péritonéal (J.-B. Durand).

(1) La tuberculisation de l'urètre débute par des amas de granulations grises (Guyon), puis des plaques de matière caséuse soulèvent l'épithélium par places. L'aboutissant de ce travail est alors l'ulcération, dont les bords assez réguliers, peu profonds, surmontent un fond granuleux; cet aspect varie suivant l'âge de la perte de substance.

(2) Götzl (de Prague), en 1913, dit : « ... les deux lobes latéraux étaient transformés en une grosse caverne. Dans un autre cas, la prostate manquait complètement, et à sa place se trouvait une grosse cavité suppurée. »

Les parois sont inégales, anfractueuses, recouvertes d'un enduit grisâtre, ardoisé, d'où on peut facilement détacher des masses pulvacees, quelquefois des amas de matière crétacée et même, dans un cas de Dolbeau, des fragments blanchâtres et durs, semblables à des calculs. A ce degré, ces cavernes communiquant avec l'urètre ou la vessie sont remplies d'une urine mélangée de pus et offrent parfois des dimensions telles qu'elles ont été confondues avec le réservoir vésical même; la vessie alors perd peu à peu ses fonctions et est petite et rétractée.

D'autres fois, dans les cas de caverne totale, l'urètre est partiellement respecté par le processus de destruction, et ce qui reste du canal urétral traverse en pont la caverne du col au niveau de la région membraneuse.

Du fait de la périprostatite, la suppuration ouverte ou non dans l'urètre peut se propager d'autres côtés. Elle peut gagner du côté du *rectum*, qui, d'abord adhérent, se laisse ulcérer, d'où une fistule uréthro-rectale. Si la suppuration gagne le périnée, elle donne lieu à des *fistules* dont les orifices peuvent, par ulcération, arriver à constituer de vastes plaies à bords décollés envahissant toute la région périnéale, ou, par leur multiplicité, constituer le « water pot perineum » des auteurs anglais.

Exceptionnellement la propagation se fait à la verge, à la cavité de Retzius, à la paroi abdominale ou du côté du cul-de-sac vésico-rectal.

Les fistules les plus fréquentes sont celles périnéales, uréthro-rectales et prostatato-vésicales.

La fistule urétrale explique l'abondance du pus que l'on trouve dans l'urine de la vessie et qui gêne tant lors de l'examen cystoscopique. Elle explique aussi l'élimination de pus par l'urètre de ces malades; un certain nombre d'entre eux, comme nous le verrons lors de l'étude clinique de la tuberculose prostatique, sont même soignés pendant très longtemps pour urétrite, par divers lavages antiseptiques qui n'aboutissent évidemment à aucun résultat. Malgré ce déversement

continuel de pus à travers l'urètre pendant des mois et parfois pendant des années, ce canal ne se tuberculise habituellement pas dans sa portion antérieure (3).

Mardewel et Klebs ont signalé la *tuberculose caséuse massive*; la prostate est transformée en un bloc caséux ou caséocrétacé, enkysté par la capsule fibreuse épaissie (4). C'est, en somme, comme le faisait remarquer Noël Halle, une nécrose caséuse totale analogue à celle observée fréquemment dans le rein et qui y donne le rein mastic. Peut-être, comme pour le rein, peut-on la considérer comme une forme de guérison. La disparition de cette masse caséuse permettrait l'élimination complète de la glande et la cicatrisation des parois (Carrié-Béraud).

L'élimination par l'urètre d'une masse caséuse provenant de la nécrose tuberculeuse d'une portion de la prostate pourrait sans doute donner lieu à une « *caverne prostatique* », formation dont l'étude est toute d'actualité. C'est en 1914 que Luys donnait la première description de cette affection prostatique dénommée par lui « *caverne prostatique* », dans son *Traité de cystoscopie et d'urétroscopie*. Il revenait sur ce sujet en 1919 devant la Société des Chirurgiens de Paris, et, en 1932, dans son *Traité de la blennorrhagie* (Doin, édit.). Il invoquait une étiologie infectieuse et citait au passage celle par le bacille de Koch. Ultérieurement, Heitz-Boyer et son élève Thévenard reprenaient la question devant la Société des Chirurgiens de Paris, en omettant toutefois de signaler les travaux antérieurs de Luys. Thévenard, à la vérité, employait l'expression de « *diverticules prostatiques* » et incriminait personnellement l'origine congénitale de ces formations. Il n'en reste pas moins vrai que la méconnaissance totale des travaux antérieurs de Luys justifiait quelque peu les protestations de cet auteur et la phrase suivante : « Cette

(3) Le fait est possible cependant. Une pièce du Musée Civiale en donne un exemple (cité in Desnos).

(4) En 1913, Götzl (de Prague) a signalé 2 cas de caséification totale de la prostate.

appellation ne semble-t-elle pas avoir été utilisée dans le seul but de dissimuler la priorité des descriptions ? », phrase écrite dans la mise au point qu'il fit paraître en 1934 dans les *Bulletins et Mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*.

Tuberculose de l'adénome prostatique ⁽⁵⁾.

C'est à notre maître, M. le Professeur Duvergey, que revient l'honneur d'avoir le premier attiré nettement l'attention sur cette association, au Congrès français d'urologie de 1923, où il rapporta la première observation détaillée.

Antérieurement à cette communication princeps, aucun fait de ce genre n'avait été spécialement signalé dans la littérature de la tuberculose prostatique.

Toutefois, la lecture attentive des observations de tuberculose prostatique rapportées dans la littérature montre qu'en 1902 Crandon avait eu à soigner un homme de 67 ans qui présentait un syndrome d'obstruction dû à une grosse prostate et qui mourut quelque temps plus tard d'une affection intercurrente. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie de la prostate du type usuel, qui « n'était pas due à la tuberculose », cette dernière constituée dans un lobe de la prostate par une masse caséeuse, large et assez ronde, circonscrite par un tissu tuberculeux typique. On ne put mettre en évidence ⁽⁶⁾ nulle part dans l'organisme une autre atteinte tuberculeuse.

Salleras, en 1921, a rapporté une autre observation de tuberculose isolée de la prostate, chez un homme de 48 ans. L'examen histologique de la glande enlevée, qui était du volume d'une petite mandarine, a révélé « un abondant tissu fibro-musculaire parfaitement coloré par l'éosine, sur lequel il apparaît des formations glandulaires exhubérantes avec épithélium cylindrique unistratifié » (Dr de Marval).

(5) Ce sujet a constitué la thèse de Fr. Morel, Bordeaux, 1932. Mais cet auteur n'a pas mentionné les observations de Crandon, de Salleras, de Scott et de Lowsley et Duff.

(6) Macroscopiquement.

Après la communication de M. le Professeur Duvergey, un certain nombre d'observations ont été publiées.

Il convient tout d'abord de rappeler que Scott, en 1924, rapportant deux cas de tuberculose uro-génitale limitée à la prostate, signalait que chez son premier malade, âgé de 83 ans, il existait une légère hypertrophie de la prostate et que rien n'orientait le diagnostic vers la tuberculose. Après prostatectomie pour adénome (confirmé par examen histologique), on découvrit des lésions typiques de tuberculose dans la glande enlevée. Chez le malade en question, on pouvait incriminer un foyer pulmonaire primitif. Dans la seconde observation, chez un malade de 54 ans, *une hypertrophie de la prostate avait succédé à des lésions tuberculeuses.*

En 1925, à la Société française d'urologie, Legueu et Verliac ont rapporté l'observation d'un homme de 56 ans qui présentait une tuberculose d'un adénome prostatique. Ce malade avait eu une épididymite fistulisée de 1915 à 1922, mais aucune lésion pulmonaire apparente.

« L'adénome est du type glandulaire végétant, volontiers kystique, avec un ou deux petits nodules fibreux au voisinage de l'urètre.

Des lésions d'infection sont particulièrement intenses. Elles coexistent avec des lésions tuberculeuses, mais ne paraissent pas en relation avec elles. Sur les coupes de l'adénome, elles sont très réduites, et, sur certaines, manquent absolument. La cystostomie a exercé sur elles son influence curatrice habituelle : elle n'a eu aucune action sur les lésions tuberculeuses, qui se présentent sous différents aspects : *dans la muqueuse*, on ne trouve guère que de petits tubercules, la plupart non caséux, logés sous l'épithélium stratifié normal de la vessie : ce n'est qu'en un point qu'une ulcération superficielle indique une lésion tuberculeuse un peu plus avancée. Dans un *petit nodule fibreux* voisin de l'urètre, la tuberculose ne se montre que sous forme de tubercules microscopiques purement lymphocytaires ou lympho-épithélioïdes. Dans les *nodules glandulaires adénomateux*, les lésions irrégulièrement dissémi-

nées revêtent de préférence la forme de tubercules conglomérés, de structure classique, avec dégénérescence caséuse : ces lésions ne sont jamais très étendues. On trouve aussi des tubercules solitaires, particulièrement intéressants à étudier, car, au contraire de ce qui se passe dans les blocs tuberculeux, l'adénome, à leur niveau, conserve sa structure. On peut alors constater que les plus petits tubercules se constituent au niveau des culs-de-sac glandulaires : il est possible notamment de voir sur un tube glandulaire l'emplacement de deux ou trois cellules épithéliales occupé par une cellule géante, sans que la paroi du tube ou son voisinage présente aucune autre lésion. »

A la même séance de la Société française d'urologie, Marion rapporta, à la suite de cette communication, qu'au cours d'une intervention pour hypertrophie prostatique bénigne chez un homme de 62 ans, la consistance un peu spéciale de la partie gauche de l'adénome lui avait fait penser à un début de dégénérescence épithéliomateuse. A la coupe, on découvre un noyau central jaunâtre dont l'aspect, ainsi que l'examen histologique, pratiqué par Mlle Kogan, montrent la nature tuberculeuse. L'examen des testicules et des épидидymes ne relevait absolument rien d'anormal. Guérison.

En 1929, A. Boeckel expose un autre cas. Un homme de 59 ans lui est adressé pour dysurie. Il présente l'aspect habituel de l'hyperplasie adénomateuse diffuse. Prostatectomie.

A l'examen histologique (Prof. Géry) :

« On observe d'abord l'aspect habituel de l'*hyperplasie adénomateuse* diffuse de la prostate; sans jamais constituer de tumeur précise et définie, c'est-à-dire d'adénome vrai.

» On trouve en outre, sur la plupart des coupes, des manifestations histologiquement caractéristiques de *tuberculose*. Ce sont soit des follicules, soit des tubercules plus ou moins volumineux, mais ne dépassant cependant pas un volume médiocre, quelques millimètres au plus; leur centre est caséux; autour, on note la présence du granulome tuberculeux, avec ses zones épithélioïde

et lymphoïde et des cellules géantes; le tout est enveloppé par une couche scléreuse parfois assez épaisse. Ces nodules se rencontrent surtout dans les cloisons conjonctivo-musculaires, mais on en rencontre aussi dans les globules glandulaires. *Plusieurs, en rapport étroit avec des vaisseaux, se sont développés soit autour d'eux, soit à leur contact immédiat* (7).

» Quelques culs-de-sac glandulaires, sans présenter de lésions histologiquement spécifiques, montrent cependant une infiltration leucocytaire de leur paroi et une lumière collabée. »

L'examen radiographique de ce malade, qui n'était pas sujet aux bronchites, a montré des lésions tuberculeuses cicatrisées du sommet gauche.

Lowsley et Duff, enfin, en 1930, ont rapporté les observations de deux malades qui présentaient une tuberculose isolée de cette glande. Chez l'un, âgé de 69 ans, une prostatectomie fut effectuée après diagnostic d'hypertrophie adénomateuse de la prostate. Cette dernière était en effet au triple de son volume normal; toutefois, elle ne présentait pas de consistance nodulaire. Chez l'autre malade, âgé de 53 ans, il existait également une hypertrophie fibro-adénomateuse de la prostate.

Depuis, nous n'avons rencontré aucune autre observation, mais nous avouons n'avoir pas lu toutes les observations de tuberculose prostatique publiées depuis cette date.

(7) Non souligné dans le texte original.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie de la tuberculose prostatique, et en particulier de ses symptômes mictionnels, a été parfaitement détaillée par Pommadère dans sa thèse classique de Lyon (1913-1914), faite sous la direction de Rochet. Nous en extrayons l'essentiel.

La tuberculose de la prostate, *au début*, peut passer inaperçue. Mais toutefois il existe toujours un état plus ou moins congestif de toute la glande lorsque son parenchyme présente quelques granulations en évolution, *prostatite* plus ou moins affublée qui se traduit par deux sortes de symptômes : les uns *rectaux* et les autres *urétraux*.

Les *premiers* consistent en un peu de constipation, une certaine gêne, parfois même une légère douleur pendant la défécation. Quelquefois même, le malade éprouve une sensation de ténésme, mais ces signes sont peu accentués.

Quand les granulations initiales évoluent vers l'urètre, ce qui est plus rare⁽¹⁾ que la forme précédente, des signes urétraux attireront l'attention sous la forme d'une *urétrite postérieure chronique* :

Le malade éprouve des *douleurs à la miction*, surtout à la fin, et un peu de *pollakiurie* avec des besoins impérieux. Quelquefois même, on constate un léger *écoulement urétral* qui peut faire croire à une vulgaire urétrite. Aussi Desnos a-t-il pu dire que « toute urétrite qui s'éternise doit faire penser à un début de tuberculose ».

(1) Pour Marion, Ertzbischoff, Maisonnnet, c'est l'inverse.

Ces urétrites chroniques tuberculeuses ont été étudiées particulièrement par V. Richer (de Lyon), en 1923.

D'après cet auteur, il existe des cas où l'*urétrite chronique* tuberculeuse est le *symptôme révélateur* d'une tuberculose génitale latente ouverte, qui n'a pas encore donné lieu à des poussées épидидymo-testiculaires ou vésiculo-prostatiques. Richer a observé une dizaine de malades pour lesquels le laboratoire a conduit au diagnostic d'écoulement urétral à bacilles de Koch. A vrai dire, l'examen clinique avait fait soupçonner la nature de certaines modifications très discrètes des épидидymes, de la prostate ou des vésicules séminales; mais, outre que le diagnostic ne pouvait être posé avec certitude que par l'inoculation au cobaye, ces lésions étaient si peu manifestes qu'elles pouvaient rester indéfiniment ignorées.

La connaissance de ces faits paraît en effet de nature à réduire singulièrement le cadre des *urétrites* dites *amicrobiennes*, et l'on ne peut aujourd'hui porter ce diagnostic que si l'inoculation de l'écoulement a été négative (2).

Lorsque l'évolution des granulations simples s'est effectuée vers la constitution de *véritables nodules*, les troubles précédemment observés, soit rectaux, soit urétraux, se précisent progressivement et permettent alors l'établissement assez facile du diagnostic. De plus, le toucher rectal, qui ne donnait au début qu'une sensation confuse de tension au niveau de

(2) Gautier (de Paris), en particulier, par extension de sa méthode de diagnostic de la tuberculose urinaire par la recherche du bacille de Koch dans l'urine totale, s'est attaché à préciser le diagnostic de la tuberculose génitale par la recherche de l'agent microbien dans les sécrétions prostatiques après massage de la prostate et des vésicules, et collection du premier jet d'urine. Par ce procédé, il trouve l'agent microbien dans 70 p. 100 des cas de tuberculose génitale (XXVII^e Congrès français d'urologie).

H. Blanc (de Bordeaux) a également pu faire ainsi le diagnostic de tuberculose prostatique chez un malade qui allait se faire opérer de tuberculose rénale et dont les urines contenaient du bacille de Koch. Les reins furent démontrés sains par deux divisions d'urines négatives, et la prostate, qui ne présentait aucun signe objectif de bacillose, fut ainsi reconnue comme la source du bacille de Koch (XXVII^e Congrès français d'urologie).

la prostate, renseigne alors très bien : car si la tuberculose prend naissance un peu partout dans la glande, c'est surtout dans la périphérie de la prostate que grossissent les noyaux tuberculeux (Rochet). Le toucher rectal révélera une *sensibilité* plus grande de la glande et une *augmentation de volume* portant sur toute la glande ou sur un seul lobe, cas plus fréquent. La surface des lobes prostatiques apparaît irrégulière, bosselée et comme parsemée de grains de plomb de grosseur variable. A ce moment, la glande « semble injectée au suif » (Rochet). En effet, *la prostate est dure* en totalité et bossuée de mamelons qui déforment singulièrement la surface des lobes.

Lorsque les tubercules sont arrivés à la période de ramollissement et de fonte et ont donné lieu à la formation d'abcès, à côté des nodules restés durs, le doigt perçoit une sensation comparable à celle éprouvée « en enfonçant le doigt dans une étoffe tendue lâchement dans un cadre rigide ». Ces points ramollis correspondent à des abcès ou des cavernes remplis de pus caséeux et en communication avec le canal de l'urètre. On peut trouver, quand le cathétérisme est praticable, du *spasme urétral*, de la *douleur provoquée* par le passage de la sonde au niveau de la prostate; le talon de la boule peut ramener des *sécrétions purulentes*. Le plus souvent, la douleur et le spasme empêchent toute manœuvre d'exploration; un seul renseignement de peu de ressource pour le diagnostic est l'*hémorragie* observée à la suite du cathétérisme : il semble, en effet, que l'urètre saigne plus facilement dans la tuberculose prostatique que dans les autres affections. A la période des abcès et des cavernes, la sonde peut s'égarer dans une caverne et préparer une fausse route; la sonde ramène alors, au lieu d'urine vésicale, du pus granuleux, épais et crémeux, qui ne laisse subsister aucun doute.

En plus de ces divers signes physiques, le malade a déjà ressenti certains troubles fonctionnels qui consistent en des troubles de la miction, des écoulements urétraux, de l'aldutération des urines et des troubles rectaux.

A. — Troubles de la miction.

Les troubles de la miction apparaissent presque au début de l'affection. On peut observer :

- 1° Soit une augmentation du nombre des mictions, parfois même de l'incontinence;
- 2° Soit une difficulté de la miction pouvant aboutir à la rétention complète;
- 3° Dans d'autres cas, la fonction mictionnelle ne subit aucun trouble.

Nous allons envisager successivement ces divers cas :

1° *La fréquence des mictions* est un symptôme de début presque constant. Le malade ne se rappelle d'ailleurs du nombre de ses mictions que parce qu'elles étaient douloureuses. Cette pollakiurie est souvent plus diurne que nocturne, contrairement à ce qui se passe chez les prostatiques. Elle atteint quelquefois des proportions extrêmes. Dans les cas ordinaires, il n'est pas rare d'observer de 15 à 20 mictions par jour et de 8 à 12 pendant la nuit. Ultérieurement, la miction se fait toutes les minutes, goutte à goutte, puis le malade arrive à perdre d'une façon continue ses urines sans s'en apercevoir; les mictions sont involontaires, l'incontinence est tout à fait constituée.

Quelquefois, après la miction normale, le malade perd quelques gouttes d'urine qui s'écoulent lentement, sans aucune force, contrastant singulièrement avec le jet franc et normal qui les précèdent. C'est ce que les auteurs appellent la *miction en deux temps*. Elle est due à la communication d'une grosse caverne prostatique avec le canal de l'urètre, qui se remplit dès le début de la miction et se vide après la miction véritable.

A mesure que s'installe l'incontinence, on peut voir disparaître la douleur, qui influe beaucoup sur le sujet lui-même. A ce moment, le malade laisse échapper l'urine sans être

averti par aucun besoin, sans en avoir conscience, sans percevoir d'autre sensation que celle du contact humide des vêtements que l'urine a mouillés (3).

2° *Dysurie, rétention incomplète, parfois même complète.*

— La dysurie n'est pas un symptôme aussi fréquemment observé que la pollakiurie. Elle apparaît d'ailleurs rarement au début de l'affection. De plus, le malade, malgré tous ses efforts, n'arrive pas à satisfaire entièrement son désir : il a la sensation, après avoir accompli la miction, que sa vessie contient encore de l'urine; c'est qu'il existe un peu de ténésme vésical qui empêche la miction de s'accomplir normalement. Cette dysurie ne donne pas qu'une sensation de gêne au malade; très souvent elle est douloureuse (4).

3° *La fonction mictionnelle ne subit aucun trouble.* — Il est des cas très rares où le malade n'accuse aucun trouble de la fonction mictionnelle. Le diagnostic de la maladie se fait alors surtout par les troubles rectaux qui semblent beaucoup plus accentués que normalement. Néanmoins, cette absence de troubles mictionnels ne persiste pas : dans les dernières phases, il apparaît quelques troubles peu accentués, mais suffisamment intenses pour attirer l'attention.

La connaissance de ces troubles mictionnels est d'importance, car c'est d'eux que les malades se plaignent surtout dans l'évolution de la tuberculose prostatique.

Ces derniers, en effet, peuvent retentir sur tout l'appareil urinaire, et, par contre-coup, sur tout l'organisme, en même temps que la douleur qui les accompagne influe considérable-

(3) Il ne faut pas croire que l'incontinence soit l'aboutissement fatal de la pollakiurie. En effet, alors que la pollakiurie est un symptôme fréquent, l'incontinence est observée dans quelques cas seulement au cours de la tuberculose de la prostate. Pommadère ne l'a trouvée que trois fois sur 28 observations, soit dans 10 p. 100 des cas.

(4) Le début par crise de dysurie et parfois de rétention complète a été observé 4 fois sur 17 vieillards, par Gayet. Il y a d'abord dysurie matinale, puis le réservoir se distend, et un jour s'installe une rétention complète qui force à appeler le médecin.

ment sur le malade au point de vue moral⁽³⁾, et le rend absolument incapable d'accomplir tout travail malgré un état général assez satisfaisant.

Modification de la vessie. — On peut observer différemment des vessies petites et des vessies grandes ou distendues. Les premières s'observent très souvent au cours de la pollakiurie. Ce sont des vessies douloureuses à la distension car un peu enflammées.

Si un spasme sphinctérien s'y ajoute, le malade alors fait de la rétention. Le plus souvent, cette rétention est douloureuse par distension d'une vessie enflammée. *La douleur continue et excessive oblige le malade à réclamer d'une façon très pressante une intervention.*

Ces vessies contractées sont à peu près impossibles à distendre, et il est dangereux d'essayer de le faire : risque de rupture vésicale (Guyon en cite un cas par une injection de moins de 200 g.).

On observe également des vessies à grosse capacité semblant avoir leur sensibilité à la distension un peu émoussée.

B. — Écoulement urétral.

L'écoulement urétral, à première vue, rappelle l'aspect du pus blennorragique. C'est la *blennorragie tuberculeuse* de Ricord. L'origine de cet écoulement peut être l'urètre, siège d'une inflammation spécifique, ou bien les glandules de la prostate, ou encore le parenchyme de la prostate lui-même. Le pus arrive au méat par intermittence, sous l'influence de la défécation ou des dernières contractions vésicales et périnéales marquant la fin de la miction, soit encore par le massage prostatique. L'aspect nettement purulent est souvent caractéristique; dans les cas douteux, l'examen microscopique tranchera le diagnostic en y révélant le bacille de Koch.

(3) Il persiste une cuisson du col de la vessie durant l'intervalle des mictions.

C. — Urines.

Les urines, si on les laisse déposer dans un vase, se divisent en une couche superficielle claire et une autre, profonde, troublée par le pus et quelquefois par des caillots de sang. A l'épreuve des trois verres, le plus souvent, seul le premier verre est trouble, le deuxième est limpide, et, quant au troisième, qui contient de l'urine de la fin de la miction, il présente des stries sanglantes qui correspondent aux dernières gouttes expulsées.

Le sang est toujours en quantité minime. Il colore les dernières gouttes expulsées. C'est une hématurie vraiment terminale. C'est un symptôme du début de l'affection, et c'est ce qui l'a fait comparer par Desnos aux hémoptysies des tuberculeux. Elle serait due à la congestion provoquée dans la prostate par la présence des tubercules et à la rupture d'un petit vaisseau friable, par suite des violentes contractions périnéales expulsives de la fin de la miction. Pour Guyon, elles seraient plutôt d'origine rénale. On a affaire rarement à une véritable urétrorragie; on a cité cependant quelques cas (Reliquet, Julien).

On a constaté de véritables *éjaculations sanglantes* qui reconnaissent pour cause l'extension du processus tuberculeux aux vésicules séminales. C'est ainsi que Guisy (d'Athènes) a pu deux fois soupçonner le début de la tuberculisation prostatovésiculaire cliniquement primitive par des éjaculations sanglantes à répétition chez un homme de 28 ans, ainsi que chez un autre de 33 ans.

D. — Troubles rectaux.

Enfin, à tous ces symptômes, viennent s'ajouter des troubles rectaux, plus particulièrement lorsque les lésions sont excentriques. Ils consistent en douleurs permanentes, pongitives, siégeant dans l'anus et le périnée, s'irradiant jusque dans la verge, le bassin, l'hypogastre et parfois dans les

membres inférieurs. Quelquefois ce n'est qu'une simple sensation de pesanteur périnéale. Le malade présente presque toujours du ténesme, qu'il rapporte au début de sa maladie et dont il est très affecté, car cette sensation de ténesme devient de plus en plus sensible, de plus en plus impérieuse. Ces troubles s'exagèrent par la défécation, la fatigue des membres inférieurs, la station assise, la marche en voiture, le travail pénible.

Evolution.

L'évolution de la tuberculose prostatique est chronique. Dans la tuberculose secondaire, elle dépend essentiellement de l'évolution de la lésion primitive, urinaire ou génitale, et il est fréquent de voir la lésion prostatique demeurer *absolument silencieuse* ou rétrocéder, du fait de la disparition ou de la guérison de la localisation primitive. En somme, dans ces cas, la tuberculose prostatique n'est qu'un fait accessoire, et le pronostic de l'affection dépend avant tout de celui de la localisation primitive (Marion). Lorsque les malades succombent, ils sont emportés soit par leur tuberculose primitive, soit par d'autres lésions tuberculeuses de l'organisme, parfois par une *généralisation aiguë*. Mais, en raison de son évolution vers la *suppuration*, la tuberculose prostatique peut créer des *lésions fistuleuses* qui contribuent à aggraver la situation des malades.

Parfois aussi, au cours d'une évolution chronique, on voit brusquement éclater des *accidents aigus* avec formation de foyers suppurés. Quelquefois même apparaît un *phlegmon périurétral* ou *périprostatique* gangréneux, véritable *infiltration d'urine* dont la gravité immédiate complique la gravité déjà grande de la tuberculose prostatique et peut être la cause d'une mort rapide par septicémie.

Par contre, on peut voir des sujets chez lesquels évolue depuis des années une tuberculose prostatique sans que leur état général soit touché, et sans que leur état local s'aggrave malgré que la suppuration se soit produite et ait abouti à des fistules.

Une semblable tuberculose peut même guérir par transformation fibreuse des lésions. On trouve écrit dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Letulle : « Certains auteurs admettent que la tuberculose nodulaire peut guérir, au sens histo-pathologique du mot et ne laisser comme séquelles qu'une prostatite chronique scléreuse, reconnaissable à ses foyers de cicatrices le plus souvent hyalines, conglomérées et remarquables par leur faible vascularité. » Legueu considérait que la tuberculose de la prostate est une des formes les moins graves de la tuberculose uro-génitale et que fréquemment le tissu fibreux se substitue au tissu caséeux. Pour Götzl, il y a souvent tendance à la décapsulation et à la calcification⁽³⁾. Par ailleurs, Klebs a dit : « La prostate est un des organes conservant le plus les modifications tuberculeuses, tandis que celles-ci rétrocedent dans les autres parties de l'organisme. Aussi la tuberculose latente et cachée de la prostate constitue-t-elle un danger menaçant persistant pour les organes voisins, et, par leur intermédiaire, pour la vie même. »

Pronostic.

« La tuberculose prostatique primitive est grave en raison de la nature même de l'infection, de la possibilité des propagations ou généralisations. Cependant, c'est une tuberculose pour laquelle le traitement médical a une efficacité assez grande et contre laquelle même on n'est pas complètement désarmé chirurgicalement. L'état général du sujet est en somme le meilleur critérium du pronostic. » (Marion).

Le pronostic de la tuberculose secondaire dépend avant tout de celui de la tuberculose primitive dont elle est une propagation.

« Chez le vieillard, dit Gayet, il ne semble pas que la maladie soit particulièrement grave, par rapport à l'homme moins âgé. Sans doute quelques malades entrent dans nos

(3) Cet auteur, toutefois, était partisan du traitement chirurgical.

services dans un état cachectique grave, affaiblis par une longue suppuration, anémiés par des hématuries répétées, et une complication pulmonaire ou des infections secondaires graves de l'arbre urinaire finissent par les emporter. Mais nous en avons vu plusieurs supporter assez bien leur affection, s'améliorer après quelques lavages et instillations et quitter le service pour jouir encore quelque temps d'une phase de rémission ».

Diagnostic.

A. — Lorsque l'on a constaté chez un sujet des lésions tuberculeuses de l'*épididyme*, ou du *rein*, ou de la *vessie*, les lésions prostatiques, si on les reconnaît, sont d'une interprétation non douteuse.

Dans d'autres cas, lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose à forme uréthro-cystique, on peut se demander parfois si la tuberculose prostatique est seule en cause ou si elle s'accompagne de tuberculose urinaire. Le seul moyen de trancher la question sera de recueillir les urines dans les uretères et de les examiner.

B. — Le diagnostic de la tuberculose cliniquement *primitive* de la prostate, au début, peut être beaucoup plus délicat.

La tuberculose de la prostate peut être prise pour de la *prostatite chronique*. Si de gros noyaux existent, évidemment on pensera à la tuberculose; mais s'il n'existe qu'une augmentation de volume de la glande avec quelques petits noyaux, le diagnostic ne peut véritablement être fait que par l'examen microscopique ou l'inoculation des sécrétions que l'on peut obtenir par la pression de la prostate.

L'*adénome de la prostate* a prêté quelquefois à confusion; dans un certain nombre de cas, il s'agissait vraiment d'un adénome, et le diagnostic clinique était exact, bien qu'incomplet au point de vue anatomo-pathologique. Dans un certain nombre d'autres cas, l'erreur aurait pu être parfois évitée par une palpation plus soignée de la prostate. Toutefois, le

fait de l'existence de prostates hypertrophiées molles rend évidemment difficile la distinction.

Le cancer de la prostate prête en général moins à confusion; les noyaux du cancer ont un dureté beaucoup plus grande que ceux de la tuberculose; cependant, l'erreur peut être commise et la distinction entre l'une et l'autre affections être impossible si aucune autre tuberculose n'existe; seule l'évolution permettra de reconnaître ce dont il s'agit.

Gayet a eu le cas suivant : il s'agissait d'un vieillard de 70 ans atteint de dysurie, avec douleurs vives dans l'urètre prostatique; au toucher, la prostate était très grosse, très dure, entourée d'une masse empâtée qui se prolonge en haut. La vésicule gauche est distendue, indurée; à droite, la prostate présente une grosse masse très résistante. Gayet hésite entre cancer et tuberculose, penchant plutôt pour la première hypothèse. Il fit alors une application par le procédé du trocart périnéal de deux tubes de radium dans la masse. En huit jours, celle-ci fondit de façon remarquable, la miction spontanée se rétablit. Mais, au bout de trois semaines, il se déclara une brusque péritonite et le malade fut emporté en quelques heures. A l'autopsie, cavernes tuberculeuses dans la prostate, douglassite suppurée rompue dans le péritoine, lésions tuberculeuses des deux poumons.

La syphilis de la prostate, exceptionnelle, se caractérisant par une augmentation de volume de la glande avec apparition de noyaux, ne peut être soupçonnée s'il n'existe d'autre part des manifestations de la syphilis. On pourra lire dans l'article de Jullien (Dict. de méd. et de chir. prat., 1880, t. 29, p. 693), l'observation princeps de Reliquet, où le malade éliminait par l'urètre « de petits crachats nummulaires ».

C. — A la période de suppuration ou de fistule, l'évolution chronique de l'affection ne permet guère de méconnaître la nature de la lésion. Cependant, lorsque des abcès se sont ouverts au périnée, leur point de départ prostatique peut être méconnu, et l'on peut croire à de simples *fistules périnéales* ou à des *abcès urinaux* d'une origine quelconque.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PROSTATIQUE

La thérapeutique de la tuberculose prostatique comprend :

- 1° des traitements médicaux;
- 2° des traitements chirurgicaux,

qu'on trouve associés ou opposés suivant les auteurs.

I. — *Traitement médical.*

Le traitement médical comprend un traitement général, commun à toutes les tuberculoses, et un traitement local plus particulièrement dirigé contre la lésion prostatique.

A. — *Traitement médical général.*

Il visera tout d'abord à remonter l'état du malade, même si celui-ci n'a pas l'air d'en avoir besoin, comme on l'observera de plus en plus à mesure que le diagnostic exact sera posé plus souvent et surtout plus précocement, lorsque sera organisée la médecine préventive et l'examen régulier obligatoire de tous les individus.

Le *repos à l'aération continue* dans une *station climatique* d'héliothérapie, seul endroit où le malade apprenne réellement à savoir se reposer, constituera le fond essentiel de ce traitement.

On pourra lui associer diverses thérapeutiques adjuvantes, telles que : huile de foie de morue, médications reconstituantes employées chez les tuberculeux pulmonaires. Il semble que les sels d'or n'aient pas été étudiés chez les tubercu-

leux prostatiques. Une médication particulièrement intéressante, surtout si la caséification de l'organe est assez avancée, est la *créosote*. Comme chez les pulmonaires, elle sera désastreuse si administrée par la bouche, et fera souvent merveille par voie rectale, en lavements ou suppositoires. On sait combien ce médicament fait fondre les masses caséeuses et tarit les suppurations auparavant interminables.

Dans les pays germaniques, où on est très enclin aux prescriptions diététiques, on a essayé également de traiter la tuberculose uro-génitale par le régime de *Sauérbruch-Hermannsdorfer-Gerson*. Peu de tuberculoses prostatiques ont été traitées de cette manière, et il est difficile d'apprécier les résultats obtenus. Nous renvoyons pour documentation au sujet de ce régime à l'article de MM. Marcel Meyer et E. Irrmann (*Gaz. des Hôp.*, 23 juin et 2 juill. 1932).

La *tuberculine* est employée par un certain nombre d'auteurs. Oswald Swinney Lowsley et Duff, en particulier, ont soigné 8 malades par la vieille tuberculine de Koch; ces malades ont été apparemment très améliorés (les auteurs n'ont pas publié les observations détaillées). Aucun des malades n'aurait souffert de ce traitement. La tuberculine n'est jamais administrée par ces auteurs aux malades qui présentent des lésions pulmonaires évolutives. Les dilutions employées pour les injections sont indiquées dans le travail original de ces auteurs. Le malade de Salleras (obs. XXIV) a également été traité avec de la tuberculine. Toutefois il importe de signaler que Roux (de Lausanne), n'a obtenu aucun résultat de l'injection de tuberculine dans des épидidymites, des déférentites ou vésiculites bacillaires.

L'*antigène méthylique* de Boquet et Nègre⁽¹⁾ mériterait d'être étudié, particulièrement dans la tuberculose prostatique. On l'emploiera à raison de deux injections par semaine, par voie sous-cutanée ou intramusculaire. On commence par

(1) Boquet et Nègre, *Antigénothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques de bacilles de Koch*, Masson et Cie, édit., Paris, 1927.

0 cm³ 25 d'antigène dilué en répétant quatre à cinq fois la dose à quatre jours d'intervalle. Puis on augmente de 0 cm³ 25 en renouvelant toujours le même nombre de fois chaque dose. On arrive ainsi, par augmentation progressive de 0 cm³ 25 tous les seize jours, jusqu'à 1 cm³ de solution diluée. On passe alors à 0 cm³ 25 d'antigène pur et l'on progresse de la même façon jusqu'à 1 cm³ d'antigène pur, dose que l'on poursuit jusqu'à amélioration. Il faut toujours se guider sur les réactions du malade et diminuer la dose au besoin. Si le traitement subit une interruption, il faut, à la reprise, commencer par des doses inférieures à celles précédemment employées. On a peu de réactions locales et générales. Les résultats seraient satisfaisants dans la tuberculose rénale après les opérations et chez les malades inopérables (Blanc).

Quant à la *vaccinothérapie*, on peut douter qu'elle donne dans la tuberculose prostatique de meilleurs résultats que dans la tuberculose rénale (2).

B. — Traitement médical local.

Il a été assez étudié, surtout en France, où le traitement chirurgical n'est habituellement pas employé.

Lorsque la prostatite tuberculeuse s'est développée au cours d'une blennorragie, les auteurs désirent en général tarir l'écoulement urétral qui entretient une irritation continuelle et favorise le développement des tubercules. Mais le choix du remède est excessivement difficile. Il faut écarter tous les agents à action trop énergique. Ainsi le nitrate d'argent peut produire une nécrose partielle de la muqueuse, mettre à nu des tubercules et réveiller ainsi leur activité. Le sublimé à faible dose (1 4.000. Desnos) donnerait de meilleurs résultats.

(2) On se souvient que, parmi les auteurs qui ont refusé à cette thérapeutique la possibilité de guérir la tuberculose rénale, Gayet (de Lyon), avait eu l'occasion de suivre 31 malades traités de cette manière (XXX^e Congrès français d'urologie, Paris, 13 oct. 1930).

à condition d'être employé en instillations, car, en lavage forcé, il expose à certains accidents de congestion et à des hématuries consécutives. D'autres médicaments encore utilisés, cocaïne, eucaïne, n'agissent que sur les douleurs. Le chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, présentent le même inconvénient que le nitrate. L'acide lactique a été préconisé; il semble qu'il soit inoffensif, mais il l'est trop, car son inefficacité est à peu près nulle. Une solution de 5 grammes de gaïacol dans 100 grammes d'huile d'olives stérilisée est indiquée par Desnos comme ayant à la fois un pouvoir antiseptique et analgésique. Les bougies fondantes d'iodoforme, aristol, ou autres, sont plus irritantes qu'utiles, car toute manœuvre intra-urétrale risque de traumatiser une muqueuse qui ne demande qu'à s'infecter. Certaines poudres en suspension dans l'huile (iodoforme conseillé par Pousson), employées en instillation, ont donné des résultats. Mais, en général, l'application de ce traitement local est très délicate, et il est difficile d'en prévoir l'action.

Chez le vieillard, Gayet a eu recours également à quelques agents thérapeutiques locaux très simples : instillations ou injections urétrales d'huile goménolée, gaïacolée et iodoformée, de liqueur de van Swieten, lavements chauds, décongestionnants, parfois lavage très prudent de la vessie. « Nous comptons avec ces moyens simples nos meilleures améliorations », déclarait Gayet (*loc. cit.*).

On fera bien d'avoir toujours présente à la mémoire la phrase de Marion :

« *A la période de crudité, le traitement de la tuberculose prostatique elle-même, qu'elle soit primitive ou secondaire, doit être avant tout médical, et c'est en traitant l'état général que l'on agira le plus favorablement sur les lésions prostatiques. Donc point d'instillation intra-urétrale, pas de cautérisation urétroscopique, pas d'injection sclérosante à travers le périnée. Pour un cas que l'on améliorera de cette façon et qui aurait peut-être guéri seul, on en aggravera beaucoup d'autres* ».

Toutefois, on pourra essayer la *chrysothérapie locale* par des injections de chrysalbine dans la fistule périnéale, ainsi que le fait le Docteur Caussimon chez un malade de M. le Professeur Duvergey, opéré par le Docteur Guérin, chef de clinique. La question des chrysothérapies locales est un sujet d'ailleurs assez discuté actuellement. Dans la plèvre, les sels d'or n'ont pas donné de résultats décisifs (Colbert et Mollard, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 juin 1934, p. 484). Un mode de traitement tout récent est constitué par les *irradiations à la lampe de quartz*. C'est la thérapeutique employée par Swinney Lowsley et Duff chez une vingtaine de malades.

II. — *Traitement chirurgical.*

A. — Epididymes, Testicules, Reins.

« A propos du traitement, une question se pose tout d'abord : la constatation d'une tuberculose prostatique dans la tuberculose urinaire ou génitale modifie-t-elle les indications ordinaires du traitement de cette tuberculose ? Sans hésiter on peut répondre non. Du moment qu'un rein ou un épididyme est justiciable d'une intervention, ce n'est pas parce qu'il existera une tuberculose prostatique que l'on devra s'abstenir. Au contraire, on peut s'attendre à ce que la lésion primitive ayant été supprimée, la lésion secondaire prostatique s'améliore de ce fait ; c'est la règle dans la tuberculose génitale », dit Marion, dans son fameux *Traité d'urologie*. On sait, en effet, que cet auteur a toujours enseigné que l'infection tuberculeuse de la prostate est, dans la plupart des cas, consécutive à l'atteinte du rein ou des organes génitaux externes.

Le traitement de la tuberculose prostatique par intervention sur le testicule, le rein ou l'épididyme, bien qu'il n'envisage pas d'action chirurgicale directe sur la prostate, mérite cependant d'être classé dans ce chapitre de « *Traitement chirurgical* » puisqu'il comporte la participation du bistouri.

Voici ce que disait Marion, tout récemment, dans le *Journal des praticiens* (15 juin 1935, p. 386-388) :

« Un cas très particulier est celui de la *tuberculose épидидymaire unilatérale avec des noyaux prostatiques non seulement du côté atteint, mais également de l'autre côté*, qui apparaît encore complètement sain. Dans ces cas, il s'agit d'une forme qui évolue manifestement vers la bilatéralité, car le noyau que l'on trouve dans la prostate du côté opposé à la lésion que l'on reconnaît du côté de l'épididyme est toujours un symptôme d'envahissement de l'épididyme qui est encore sain.

Dans ces cas, il s'agit en somme d'une forme tendant à la diffusion, et il convient de ne pas perdre de temps et de pratiquer à ce moment, non seulement l'*épididymectomie* du côté qui apparaît malade, mais également l'*épididymectomie* du côté qui est encore sain. La ligature du canal déférent dans ces cas n'est pas suffisante et, bien souvent, lorsqu'on l'a faite, on n'a pas empêché le développement de la tuberculose sur l'épididyme qui apparaissait encore sain parce que l'infection avait déjà atteint cet épididyme sans se caractériser nettement par des lésions apparentes. »

Hesse lui-même, d'ailleurs, signale qu'on a souvent observé, à la suite de la *castration*, une amélioration de la tuberculose prostatique. Dans un grand nombre de ces cas, il s'est réellement produit non pas seulement des améliorations, mais même de véritables guérisons, ainsi que le montrent les statistiques de Simon et de von Brun, qui ont pu suivre l'évolution de malades castrés à Heidelberg et à Tübingen pendant de longues années, certains malades ayant été suivis pendant trente ans.

Floderus et d'autres auteurs ont également constaté l'influence favorable de la castration sur la guérison de la tuberculose prostatique. Gayet, qui l'a essayée sur le vieillard, dit : « Parfois la castration uni ou bilatérale aura l'avantage de supprimer une cause de suppuration et, par le même coup, entraînera l'atrophie de la prostate. Nous l'avons pratiquée

plusieurs fois et avons pu constater très nettement dans le cas de castration unilatérale la diminution de volume du lobe prostatique correspondant. C'est en somme le traitement qui avait été proposé autrefois pour l'hypertrophie simple et qui donne des résultats bien plus probants dans la tuberculose de la glande. »

Après la castration ou l'épididymectomie, on pourra attendre les résultats favorables pendant quatre, six et même huit semaines, mais, passé ce délai, l'absence de toute amélioration devrait, pour Hesse, faire décider l'intervention directe sur la prostate.

En cas de tuberculose rénale unilatérale concomitante, on aura recours à la néphrectomie, car les lésions prostatiques s'amélioreront souvent à la suite de cette intervention (Marion, Hesse). « Mais si, au bout de six à huit semaines, on n'a pas encore noté d'amélioration, il faudra, sans attendre, recourir à la prostatectomie si l'état du malade le permet encore », ajoute Hesse.

« *Y a-t-il lieu de faire quelque chose contre les lésions prostatiques, lorsqu'on les constate ?* Non, à aucune étape de cette tuberculose vésiculo-prostatique il n'est bon de s'attaquer à elle. D'une part, lorsque les lésions sont de peu d'importance, elles ont l'habitude, sinon de rétrocéder complètement, tout au moins de rester absolument latentes lorsque le foyer épididymaire primitif se trouve supprimé, et intervenir sur ces lésions constitue une opération autrement importante et de suites autrement aléatoires que la simple épididymectomie.

» Donc, contrairement à ce que l'on a conseillé à un moment donné, où l'on enlevait la vésicule en même temps que l'épididyme, il faut se garder de toucher à ces lésions, sous peine de voir des fistules périnéales ou ilio-inguinales interminables s'installer.

» Si les lésions vésiculo-prostatiques sont plus importantes, aboutissent à des suppurations, il faut encore se garder d'y toucher, parce que l'on ne soulage en rien le malade en

ouvrant ces suppurations, on crée une fistule périnéale avec généralement tuberculisation de la plaie qui met le malade dans un état lamentable et n'aboutit jamais à la guérison.

» On sera donc, du côté de ces lésions vésiculo-prostatiques, nettement abstentionniste, quelles qu'elles soient, et quels que soient les ennuis qu'elles donnent aux malades, car ces ennuis sont encore inférieurs à ceux qui se produiront lorsqu'on les aura incisées par le périnée : Il faut considérer ces lésions avancées comme de très mauvais augure et n'aboutissant qu'exceptionnellement à la guérison. »

Tel est le comportement de Marion lorsqu'une lésion tuberculeuse de l'épididyme ou du testicule est associée à la tuberculose prostatique. Ce comportement est conforme aux théories pathogéniques qu'il soutient depuis si longtemps avec sa grande autorité. Ces théories pathogéniques sont-elles exactes ? Nous ne voulons pas en discuter ici. Les auteurs étrangers ne les partagent point, et, en France même, Constantinesco et Vintici, après un examen attentif de toutes les observations consignées dans les cahiers du Service civile, sont arrivés à une conclusion touchant la fréquence de la tuberculose prostatique qui ne s'accorde guère avec les conceptions pathogéniques de Marion. En 1914, Hesse, d'ailleurs, avait déjà soutenu que : « L'atteinte tuberculeuse de la prostate est plus fréquente que celle de l'épididyme et des reins », et il ajoutait : « Nous autres chirurgiens ne devons pas plus nous contenter seulement du traitement chirurgical de la tuberculose rénale ou testiculaire ou épididymaire. »

B. — Prostate.

Le traitement chirurgical de la tuberculose prostatique a tout d'abord consisté en de simples injections de *liquides modificateurs*, liqueur de Villate par exemple (mélange de sous-acétate de plomb, de sulfate de cuivre et de zinc, vinaigre). Les résultats donnés par l'iodoforme sont variables. On s'inspirait dans son application des travaux de Verneuil

sur l'action de l'iodoforme dans les abcès froids. Mais on a eu des mécomptes. Dittel et Marwedel n'ont pas réussi; Berkeley-Hill aurait été plus heureux; les deux premiers employaient l'éther iodoformé; Berkeley-Hill, un mélange de gomme et d'iodoforme. « On ne peut pas ériger cette méthode en principe », concluait Beinet dans sa thèse de Bordeaux, 1903-1906.

On n'a pas osé tout d'abord aller attaquer directement les lésions avec la curette, et on s'en est tenu pendant un certain temps à la *méthode sclérogène* que Lannelongue avait créée pour les arthrites tuberculeuses.

On a essayé de porter le chlorure de zinc sur la prostate elle-même par des voies diverses. On a atteint la glande par la voie rectale (Hamonic), la voie vésicale au cours d'une cystostomie (Desnos), la voie périnéale (Heurteloup, Wickham, Delagénère). Les uns ont eu quelque succès (Desnos, Delagénère), les autres pas de résultats (Wickham, Hamonic).

Il semble bien que ce soit Horteloup, chirurgien de l'hôpital Necker, qui ait été le premier à pratiquer ces injections dans la tuberculose prostatique, en 1892.

Pour arriver à la prostate, Horteloup a reculé devant la voie rectale, car s'il n'obtenait pas un bon résultat, il s'exposait peut-être à faciliter par ce traumatisme une inoculation rectale tuberculeuse, aussi a-t-il préféré l'urètre, qu'il a atteint par le périnée en pratiquant la boutonnière périnéale, opération insignifiante en elle-même :

« J'ai déjà exécuté cette opération sur un jeune homme de 26 ans, entré à Civiale le 24 février 1892 pour une tuberculose prostatique datant de deux ans et se manifestant par des urines sanglantes. A son entrée, il avait une miction par heure, il se plaignait de douleurs rétro-scrotales; par le toucher rectal, on sentait une prostate pas très volumineuse mais contenant de chaque côté plusieurs noyaux bien caractéristiques. Il y a quinze jours qu'il a été opéré, et vous avez pu constater qu'il souffre fort

peu, les urines sont à peine rosées et les mictions ont considérablement diminué. » (*Gaz. méd. de Paris*, 18 janv. 1892.)

A la suite de cette intervention, la réaction inflammatoire durait deux à trois jours; puis, de la deuxième à la cinquième semaine, les noyaux s'induraient et s'atrophiaient.

On en est enfin venu à l'*intervention sanglante* proprement dite. Le Dentu et Woillemier en ont indiqué les premiers la technique opératoire, mais ils conseillent l'expectative, sauf dans les cas urgents. Guyon, le premier, en 1885, opère un abcès par la voie périnéale. Bouilly, la même année, fait le premier curetage. Dès lors, quantité d'observations viennent s'ajouter : Dittel, Segond (1885), Le Dentu (1889), Albarran (1891), Zuckerkandl (1891), Gaudier, Marwedel (1895), Conitzer (1897), Doyen (1899), Audry (1900-1902).

Quelles sont les raisons qui ont fait préférer l'incision rectale, et pourquoi ne pas avoir suivi l'urètre ou le rectum ? La voie urétrale a été bien utilisée; Velpeau avait même fait faire une sonde spéciale à cet effet. On faisait avec elle le cathétérisme de l'urètre; un doigt introduit dans le rectum repoussait la glande en avant, et la sonde poussée assez fort entraînait dans la prostate, d'où évacuation du pus. Il est évident que les abcès froids de la prostate évacués par l'urètre peuvent guérir (obs. d'English). Mais c'est un procédé peu sûr; la collection peut ne pas être au voisinage de l'urètre, il peut y avoir plusieurs abcès. La méthode est aveugle et a été abandonnée.

Quant à la voie rectale, elle présente un double danger : pendant l'opération, on risque d'avoir des hémorragies considérables; après, le drainage est très difficile, l'asepsie impossible, et il reste souvent une fistule uréthro-rectale longue à guérir. Le danger des infections associées et le danger de l'infection ascendante du système urogénital par des germes banaux doivent faire abandonner cette méthode. En outre, il est souvent impossible d'obtenir par la voie rectale une ouverture suffisante.

Aussi, la voie périnéale a-t-elle semblé à beaucoup d'auteurs être la seule voie possible.

Il est indifférent que l'incision périnéale soit transversale ou antéro-postérieure. L'essentiel est de faire une ouverture suffisamment large.

S'il existe un abcès qui tombe vers le périnée, il est recommandé de l'inciser rapidement afin de le dériver à l'extérieur et éviter sa fistulisation dans le rectum, avec toutes les conséquences néfastes qu'un tel fait entraîne.

Mais, comme l'a fait remarquer Hesse, le problème devient beaucoup plus compliqué quand il s'agit des autres formes tuberculeuses de la prostate : catarrhe bacillaire, formation de tubercules et enfin caséification. On sait que, pour cet auteur, le traitement de ces formes appartient à la chirurgie moderne.

Celle-ci pourra réaliser trois sortes d'interventions :

- 1° *Epluchage* des lésions;
- 2° *Prostatectomie partielle*;
- 3° *Prostatectomie totale*, éventuellement avec ablation des vésicules séminales et des vaisseaux déférents.

De ces trois procédés, les deux premiers n'ont, d'après Hesse, qu'une valeur palliative. « Celui qui, une fois, a eu une prostate tuberculeuse dans ses mains et qui a vu combien profondément se cachent les noyaux tuberculeux dans la glande, au point que l'anatomo-pathologiste lui-même ne peut les découvrir tous par l'inspection ou par la palpation, se rendra compte qu'il est impossible de réaliser, lors de l'intervention, l'épluchage complet des lésions. » Aussi Hesse recommande-t-il la *prostatectomie totale*.

On objectera qu'une telle intervention est relativement importante. La condition essentielle de la bonne marche de l'opération exige l'accessibilité aisée de tout l'organe et de ses environs, car c'est surtout de ces derniers qu'il importe de s'enquérir afin d'extirper, s'il est nécessaire, les vésicules séminales et les vaisseaux déférents également.

Cette prostatectomie a été effectuée différemment suivant les auteurs. On a tout d'abord pu penser à la prostatectomie simple suivant le procédé de Freyer, Wilms (ou Berndt), intervention effectivement réalisée en 1909 par Wulff, qui a enlevé une prostate atteinte de tuberculose primitive (cliniquement parlant) par voie sus-pubienne et transvésicale. Mais pour cette méthode ne peuvent être choisis que les cas de tuberculose isolée de la prostate, car ces procédés permettent à peine de se rendre compte de l'état des tissus environnants. Il est alors très difficile de savoir s'il s'agit cliniquement d'une tuberculose isolée de la prostate, problème qui présente cependant un intérêt considérable. Aussi Hesse accorde-t-il peu de valeur à ces procédés.

Dans le but de s'assurer une vue large sur les lésions, les chirurgiens en sont arrivés à pratiquer des interventions très importantes, par exemple Young. Mais V. Frisch a dit avec raison : « Le procédé très large de Young, qui pratique une incision analogue à celle de la section haute, qu'il prolonge jusqu'à l'ombilic et à laquelle il associe une incision transversale afin d'arriver par cette voie sur les vésicules séminales et sur la prostate, trouvera très peu d'imitateurs. » (Voir aussi Kocher, Völker.)

Stockum a proposé d'intervenir sur la prostate en passant au-devant de la vessie par une incision faite au ras de la symphyse pubienne.

Helferich est arrivé une fois à extraire une très grosse prostate tuberculeuse par le procédé précédent auquel il avait ajouté une résection partielle de la symphyse. Cette méthode n'a pas trouvé d'imitateurs.

On a essayé également d'arriver sur les vésicules séminales et la prostate par le canal inguinal, en suivant le canal déférent. Mais, par cette méthode (voir Bolton, 1899), on n'est jamais arrivé plus loin que le point de croisement du canal déférent et de l'uretère, aussi doit-on, avec Baudet et Duval, éliminer définitivement cette intervention.

L'intervention qui aujourd'hui est la plus connue et la plus

pratiquée est encore celle indiqué par Dittel dès 1874 et quelque peu modifiée en 1889 par Zuckerkandl. Dittel recommandait une incision périnéale transversale à lambeau dont la base regarde du côté du sacrum. Cette incision donne, chez les personnes maigres, une ouverture assez bonne et une bonne voie d'élimination. Tout d'abord utilisée pour l'ouverture des abcès de la prostate, elle fut bientôt employée pour la prostatectomie. On voit très bien la prostate, moins bien les vésicules séminales et la partie terminale des canaux déférents, mais on n'a pas cependant toujours autant d'espace qu'on aurait pu le désirer. Toutefois, la méthode a permis d'opérer un grand nombre de malades, et un des opérés de Hesse, en particulier, était guéri depuis cinq ans en 1914. Un certain nombre de petites modifications ont été introduites ultérieurement, portant surtout sur la forme de l'incision cutanée (V renversé, Y renversé, angle droit ouvert du côté du sacrum, etc.). Toutes ces modifications restent dans l'esprit de la méthode de Dittel, et d'ailleurs, la forme de l'incision cutanée n'exerce plus d'influence à partir d'une certaine profondeur d'incision. Ces diverses techniques sont donc affaire de convenance personnelle.

Afin de s'assurer une ouverture plus grande, les auteurs ont cherché d'autres méthodes :

Roux et Kocher effectuaient une *incision périnéale paramédiane* qui était prolongée en arrière jusqu'au niveau du coccyx. Cette incision avait 10 centimètres de long et elle était située à 3 centimètres de la ligne médiane. En dehors de Kocher, cette voie a été très peu empruntée. Völker a modifié cette idée de Roux et décrit sa méthode d'incision ischio-rectale. Cette voie est une voie latérale passant à côté du coccyx et de l'anus : le releveur de l'anus est divisé, et le rectum est déporté latéralement. Völker, qui effectuait son intervention dans le décubitus ventral proposé par Dépage, insiste beaucoup sur les avantages de sa méthode qui, en plus du jour considérable qu'elle donne, permet d'inspecter *in situ* les vésicules séminales, les canaux déférents et la prostate.

Les auteurs qui ont effectué la prostatectomie en suivant la voie préconisée par Völker ont confirmé les avantages de cette méthode et les bons résultats qu'on en obtient (voir aussi Götzl, 1913).

Hesse propose de donner la première place au procédé ischio-rectal de Völker. S'il s'agit d'un processus très étendu, il conseille de combiner une intervention de Lévy-Schlange, si on ne s'y est pas résolu dès le début. Il réserve les méthodes périnéales, ainsi que celle de Dittel, pour les ouvertures d'abcès, l'épluchage des lésions, les résections partielles et, en résumé, pour toutes les interventions peu radicales qui ne nécessitent pas une vision sur les faces latérales du fond vésical.

Pour ce qui est du temps de l'intervention, Hesse recommandait d'intervenir le plus tôt possible et, quand on se trouvait en présence d'une tuberculose très localisée de la prostate, à ses tout premiers débuts, de réaliser une prostatectomie totale. Dans ces cas, d'ailleurs, il est possible de conserver, d'après les travaux de Tandler et Zuckerkandl, les vaisseaux déférents et par conséquent la puissance génitale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(LOUIS, *Recherches sur la phthisie*, Gabon et Cie, édit., Paris, 1825, p. 132 à 139.)

Le malade, un tailleur allemand, de 24 ans, de constitution peu forte, mais rarement malade, ayant la peau blanche et les cheveux blonds, est admis à l'Hôpital de la Charité, le 27 octobre 1824, à la suite d'une hémoptysie assez forte qui avait continué depuis quinze jours malgré deux saignées, le repos et la diète. Elle était survenue au milieu d'une santé parfaite et sans cause apparente. La toux avait paru en même temps, il s'y était joint de la chaleur et des sueurs copieuses pendant la nuit. L'appétit avait diminué, la soif était devenue considérable.

(Le malade succomba cinq mois plus tard, le 5 février 1825, aux progrès d'une phthisie pulmonaire, dont on trouvera la description clinique détaillée dans le livre de Louis.)

A l'autopsie, caverne du lobe supérieur gauche, tout le poumon gauche était atteint d'un nombre presque infini de tubercules parmi lesquels beaucoup étaient confluent et quelques-uns ramollis. Les lésions étaient moins développées à droite.

Tuberculose intestinale. Toutes les glandes du mésentère avaient un volume considérable et étaient presque entièrement tuberculeuses, le foie était pâle et un peu gras. La rate contenait 11 à 12 granulations tuberculeuses de la grosseur d'un petit pois et son tissu était plus rouge que dans l'état naturel. Les reins et la vessie étaient parfaitement sains.

La prostate avait ses dimensions ordinaires et se trouvait presque

entièrement transformée en matières tuberculeuses non ramollies. Les vésicules séminales étaient dures, un peu plus volumineuses que dans l'état naturel, et remplies d'une matière tuberculeuse très ferme, divisée par cloisons correspondantes à celles qui existent ordinairement. Ces cloisons étaient dures, grisâtres, épaisses de plus d'un millimètre et semblables aux parois des vésicules. A partir du col de ces dernières, et dans la longueur de trois pouces, les conduits déférents avaient deux lignes et demie de diamètre environ, et la résistance d'une corde tendue. Leur largeur décroissait un peu en approchant du terme indiqué. Leurs parois étaient doublées d'épaisseur, d'un gris presque entièrement opaque, comme celles des vésicules et leur canal rempli, dans l'espace indiqué, d'une matière tuberculeuse ferme et nullement ramollie. Au-delà, tout était dans l'état naturel.

OBSERVATION II.

(BOUILLY, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1885.)

Prostatite tuberculeuse suppurée. Fistules périnéales. Grattage et ablation de la prostate à la cuiller tranchante. Guérison.

G..., 42 ans, a subi, en mai 1884, une castration droite pour orchio-épididymite tuberculeuse. Guérison rapide.

Le malade revient à la fin de la même année. Il est blanc, pâle, émacié, et se plaint de dysurie extrême.

La région périnéale, en avant de l'anus, est bombée, douloureuse, sans rougeur marquée de la peau; induration et augmentation de volume de la prostate qui est extrêmement douloureuse; rétention d'urine presque complète. Mauvais état général; véritable fièvre septique; la situation est très grave.

Il s'agit d'une prostatite tuberculeuse suppurée avec ouverture spontanée dans l'urètre et périprostatite ouverte au périnée.

Intervention. — Tout le trajet est fendu au thermocautère sur la sonde cannelée depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses. On tombe dans une vaste caverne qui remonte très haut le long de la

paroi antérieure du rectum. On reconnaît facilement la région bulbeuse de l'urètre, et, à partir de ce point, le canal est entouré de parties indurées et suppurées dans lesquelles il est fondu.

Toutes ces parties sont soigneusement grattées à la cuiller tranchante. Toute la cavité est bourrée avec de la gaze iodoformée, après injection de chlorure de zinc à 5 p. 100.

Cette intervention radicale fut suivie des meilleurs résultats immédiats et définitifs. En quatre mois, après divers pansements, la vaste brèche était absolument cicatrisée, sauf un pertuis fistuleux pouvant admettre une sonde cannelée. L'embonpoint est revenu; les forces et l'appétit sont excellents; le malade fait des courses, et j'ai peine à reconnaître dans cet homme le malheureux, pâle, émacié, et menacé d'une mort prochaine, que j'ai opéré à la fin de juillet.

Actuellement (un an après l'intervention), la fistule est réduite à un petit trou imperceptible dans lequel on ne peut introduire un stylet de trousse et par lequel suinte, au moment de la miction, et pas à chaque fois, une gouttelette d'urine qui mouille à peine un petit linge que le malade applique sur la région. Cet homme n'a que peu d'érections et il n'a plus d'éjaculations (suppression d'un testicule et destruction certaine des canaux éjaculateurs).

OBSERVATION III.

(DITTEL, *Klinische Wochenschrift*, 23 mai 1889.)

B... (J.). Depuis quelques temps toux et sueurs nocturnes. Le 9 mars 1888, douleur continue et sensation de brûlure pendant la miction; il dut se mettre au lit. Urine blanche. Dysurie de plus en plus marquée, et un médecin dut le cathétériser. Il survient alors des douleurs et une sensation de pesanteur insupportable dans le rectum. Le malade ne pouvait uriner spontanément. Entré dans le service le 22 mars. Homme vigoureux, d'un embonpoint suffisant; prostate grosse comme une noix, élastique, sensible; respiration rude et prolongée au sommet gauche.

Le 27 mars, incision courbe du périnée en avant du rectum de

5 centimètres. On ouvre l'abcès, on draine, on tamponne avec la gaze iodoformée. On laisse à demeure une sonde dans l'urètre. Evolution sans fièvre. L'abcès se nettoie, la plaie se comble. Guérison complète au bout de trois semaines.

OBSERVATION IV.

(DITTEL, *loc. cit.*)

D... (M.), 52 ans. Santé assez bonne. Prostate de la grosseur d'une noix, élastique, douloureuse, présentant une tumeur fluctuante. En 1888, incision courbe en avant du rectum; on rase le rectum jusqu'à la prostate; ouverture de l'abcès constitué de pus verdâtre grumeleux. Drainage; tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée; sonde à demeure. Température, 39 degrés. Dix jours après, on enlève la sonde à demeure. La plaie périnéale est comblée. Guérison complète en quatre semaines.

OBSERVATION V.

(DITTEL, *loc. cit.*)

J... (A.), 52 ans. Il y a seize jours, sans cause apparente, dysurie très marquée; ne pouvant uriner, il est obligé d'appeler un médecin qui le cathétérise.

A son entrée, prostate grosse et sensible. Quatre jours après, on sent une fluctuation manifeste, et le périnée est bombé au niveau de l'abcès. Ouverture de l'abcès au niveau du raphé médian. On agrandit un peu à gauche l'ouverture de l'incision, il s'en écoule une grande quantité de pus verdâtre; drainage, tamponnement avec de la gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION VI.

(MARWEDEL, *Beitrag zur klinischen Chirurgie*, Tübingen, 1892, IX, p. 537.)

J... (R.), 41 ans. *Phtisie pulmonaire, épидидymite tuberculeuse double, funiculite gauche; prostatite et cystite tuberculeuses; dysurie marquée.* A été obligé de se faire sonder.

On se décide à opérer, à cause de l'état du malade, le 8 décembre 1891. On s'occupe d'abord de la prostate, dont le malade souffre principalement. Incision demi-circulaire au-devant de l'anus. On lie deux petites artérioles transversales; après la section de l'aponévrose, le petit doigt introduit dans la plaie pouvait pénétrer jusqu'au niveau de la prostate, qu'on arrivait à mobiliser facilement de son lit cellulaire. On la saisit avec une pince et on l'extraît. Elle est jaunâtre dans sa moitié gauche, de consistance mastic. Il existe une cavité, grosse comme une amande, régulière, qu'on tamponne avec la gaze iodoformée. On opère l'épididyme en grattant la fistule et on évacue le pus à gauche. Le malade ayant dérangé sa sonde, deux jours après l'opération, il se produit une infiltration d'urine à travers la plaie. Celle-ci guérit rapidement, sauf au centre, où persiste une petite fistule urinaire. Amélioration évidente de l'état général.

OBSERVATION VII.

(MARWEDEL, *loc. cit.*)

H... (R.), 25 ans. *Epididymite gauche, prostatite et cystite tuberculeuses avec fistule urétrale.*

Intervention. On fend la fistule sur la sonde cannelée, on suit dans la profondeur, on arrive sur la prostate, on curette les points suspects avec la curette tranchante, on injecte de l'éther iodoformé. Tampons avec la mèche iodoformée, sonde à demeure. On suture la plaie avec la soie aseptique. Cours normal. Le dixième jour, on enlève les fils. La fistule a persisté. On fait des injections iodoformées dans la vessie et l'urètre à 10 p. 400 aqueuse. On injecte pendant seize minutes dans le réservoir urinaire une solution iodée.

Résultat nul sur la fistule, que des cautérisations fréquentes ne font pas non plus refermer. La malade ayant été pris à la clinique même d'une rougeole dut quitter le service. La glycérine iodoformée ayant déterminé des phénomènes d'intoxication, on dut en cesser l'emploi.

OBSERVATION VIII.

(HAMONIC, in thèse Bruno ZINKE, Paris, 1893-1894.)

A..., (M.), 23 ans. Tuberculeux pulmonaire. Prostate très volumineuse, augmentée en masse, dure, douloureuse et farcie de nodules de volumes très différents et très saillants; certains nodules sont un peu ramollis, tandis que les autres sont durs comme du cartilage; muqueuse rectale rouge et tapissée de rugosités glai-reuses (rectite); toucher rectal assez douloureux.

Intervention. — Malade dans la position genu-pectorale, spéculum ani. A l'aide d'une pince, j'attire la muqueuse rectale en bas, et la piqûre a lieu sur la partie la plus saillante de la prostate, à l'aide d'une longue aiguille en platine iridié (l'aiguille pénètre à 2 cm. 1/2 environ). Injection de trois gouttes. J'abandonne la muqueuse et retire l'aiguille. De cette façon, le parallélisme de la piqûre de la muqueuse et de la piqûre de la prostate est détruit, et les gouttes injectées ne peuvent sortir. Douleur extrêmement vive; petite syncope.

7 avril : après un certain nombre d'injections, la prostate est ratatinée, dure, scléreuse; les nodules saillants ont disparu. L'état général est bon. Nous conseillons la campagne.

1^{er} mai : nous apprenons que le malade vient de succomber à une hémoptysie foudroyante à la campagne, où il se trouvait depuis trois semaines.

OBSERVATION IX.

(DESNOS, thèse B. ZINKE.)

B..., 34 ans. Induration épididymaire bilatérale, nodosités et masses indurées assez volumineuses. Prostate du volume d'une grosse noix, à contours mal limités, occupée par des masses arrondies, les unes très dures, les autres plus nombreuses, en voie de ramollissement, sans abcès. Douleur assez vive à la pression.

L'état général déclinant quelque peu, M. Desnos propose la création d'une fistule hypogastrique. La prostate présentant toujours

les mêmes masses tuberculeuses qu'au début, Desnos pratique l'injection de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10 : à travers la plaie vésicale, immédiatement en arrière et de chaque côté du col vésical, il enfonce dans la direction de la glande prostatique l'aiguille d'une seringue de Pravaz stérilisée et injecte deux gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/10. Cette injection est renouvelée trois fois de chaque côté, sur des points différents. La fistule hypogastrique s'est fermée spontanément une quinzaine de jours plus tard.

Aussitôt après le retrait de la sonde, les besoins d'uriner se montrèrent avec une grande fréquence qui diminue d'ailleurs les jours suivants. Cependant, cette fréquence est à peu près la même qu'avant l'opération. Mais la douleur est beaucoup moindre. Les urines restent troubles et contiennent de nombreux filaments en suspension. La régression des masses tuberculeuses s'est accentuée. La prostate paraît à peine augmentée de volume, chacun de ses lobes est occupé par une petite masse de la grosseur d'un pois, dure, nettement isolée; la pression exercée à ce niveau est à peine douloureuse. L'état général s'est amélioré sensiblement.

OBSERVATION X.

(WICKHAM, in thèse ZINCKE.)

D..., 26 ans, entré le 24 février 1892, pour miction douloureuse. Hématurie totale il y a trois ans. Mictions fréquentes (10 ou 12 par jour), douloureuses. Le malade urine du sang à des intervalles irréguliers; surtout lorsqu'il s'est fatigué. Un peu de muco-pus dans les urines. La prostate présente des noyaux durs et irrégulièrement disséminés. Depuis son entrée à l'hôpital, le malade souffre continuellement, urine fréquemment et a des hématuries intermittentes, survenant sans cause appréciable.

Intervention. — Boutonnière périnéale. Injection dans la prostate de huit gouttes d'une solution de chlorure de zinc au 1/10. Quatre gouttes dans chaque lobe prostatique. Sonde de Nélaton à demeure. Lavages vésicaux à l'eau boricuée. Le malade n'urine plus de sang et les urines sont devenues plus claires.

Un mois plus tard, le malade urine par la verge, et très peu par la plaie (8 ou 10 mictions par jour). Plus de sang dans les urines. La prostate est toujours dure et régulière au toucher.

OBSERVATION XI.

(ALBARRAN, in thèse ZINCKE.)

Fistule périnéale consécutive à une prostatite tuberculeuse. Léger rétrécissement de l'urètre. Curetage de la prostate après urétrotomie interne. Guérison.

M..., 37 ans, vient en juin 1891, pour une fistule périnéale consécutive à un abcès ouvert chirurgicalement six mois auparavant, et laissant passer un peu d'urine au cours des mictions.

Urines légèrement purulentes; peu de sensibilité de la vessie au contact et à la distension. Reins ni douloureux ni augmentés de volume. Epididymite bacillaire gauche et petit noyau au niveau de la tête de l'épididyme droit; les vésicules séminales, peu distinctes, paraissaient englobées dans une masse ferme qui empêchait même de sentir d'une manière précise les limites supérieures de la prostate. Prostate très tuméfiée, bosselée, irrégulière, et, dans un point, on avait une sensation de mollesse, qui contrastait avec la dureté des parties voisines : la pression faisait couler par le méat un peu de pus grumelleux.

Urétrotomie interne sur dilatation, et j'introduisis dans l'urètre un Béniqué n° 46. Une incision périnéale médiane me conduisit à travers les tissus indurés dans un clapier fongueux juxta-urétral, et je pus alors, avec une sonde cannelée, sentir nettement le Béniqué introduit dans l'urètre; j'incisai au bistouri les parties indurées et j'enlevai avec la curette les fongosités. Le curetage donna issue à des fongosités et à des masses caséuses; je lavai alors largement la cavité avec de l'eau phéniquée forte, et, ayant retiré le Béniqué, je le remplaçai par une sonde à demeure n° 20 que j'introduisis facilement en me servant de la tige conductrice usitée dans l'urétrotomie. La plaie fut de nouveau lavée à l'eau phéniquée 3 p. 100 et tamponnée à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples : pendant les trois premiers jours, il y eut du sang dans les urines; par la suite, elles devinrent plus claires qu'avant l'opération; quelques lavages avec du sublimé à 1/15.000 les rendirent tout à fait claires. La sonde fut changée au huitième jour et remplacée par une sonde qu'on remplaçait tous les quatre ou cinq jours. Deux mois après l'opération, la plaie périnéale était cicatrisée, pendant quelques jours encore le malade gardait une sonde à demeure pendant la nuit et le canal fut soumis à la dilatation progressive jusqu'au n° 62 Béniqué.

Trois mois et cinq jours après l'opération, lorsque le malade partit, il urinait bien, sans douleur, et ne portait pas de fistules; par le toucher, on ne sentait plus la prostate bosselée du début, mais une masse fibreuse dure et peu sensible à la pression. Pendant les suites opératoires et depuis lors, le malade fut soumis au traitement créosoté à très fortes doses. J'ai eu de ses nouvelles en mai 1893, près de deux ans après son opération : la fistule ne s'est pas reproduite et le canal a conservé son large calibre.

OBSERVATION XII.

(GAUDIER, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, janv. 1895, p. 126-131.)

X..., 22 ans. Début il y a trois mois. Les premières gouttes d'urine étaient teintées de sang. En même temps, vives douleurs à l'anus et au méat, surtout à l'occasion de marches ou de fatigues prolongées; léger suintement urétral, jaunâtre, plutôt séreux et que n'accompagnait aucune douleur; éjaculation douloureuse. Rien aux testicules et aux cordons. Prostate volumineuse, surtout à droite, élastique, un peu granuleuse; aucun point fluctuant. Lorsqu'on la déprime, le malade accuse immédiatement une douleur avec irradiation urétrale. La vessie palpée entre le doigt rectal et la main hypogastrique est un peu douloureuse; elle n'est pas dilatée, et la paroi manque de souplesse. Cet examen, un peu prolongé, réveille un suintement sanguin peu considérable. Poumons et reins intacts.

A un centimètre en avant de l'anus, incision courbe circonscri-

vant sa moitié antérieure, et se terminant sur les côtés en dedans des tubérosités ischiatiques. Incision couche par couche, un doigt de la main gauche introduit dans le rectum pour guide et après avoir lié quelques artérioles, tâtant le fond de la plaie avec le doigt et ayant abandonné le bistouri, on sent la prostate tuméfiée, du volume d'une petite pomme d'api, entourée de veines volumineuses. Elargissement de l'incision sur les côtés. Réclinaison douce des veines qui masquent la prostate; ligature de deux grosses transversales et, d'un coup de thermocautère, incision de la paroi postérieure de la glande : un peu de tissu gommeux, non suppuré, fait issue entre les lèvres de la plaie; avec le doigt nous élargissons celle-ci et nous pénétrons alors dans un petit abcès central d'où s'écoulent quelques gouttes de pus. Alors, avec la curette de Volkmann, nous curetons la prostate, en commençant par la paroi postérieure et en nous acheminant du côté de l'urètre. C'est surtout la face inféro-postérieure qui se laisse facilement cureter, et l'instrument ramène des masses gommeuses.

On cesse le curetage lorsque le tissu prostatique crie sous l'instrument; hémorragie assez considérable; tamponnement. Après irrigation avec la liqueur de van Swieten, nous touchons la poche ainsi formée avec du chlorure de zinc. Tamponnement de la cavité avec de la gaze faiblement iodoformée.

La *plaie périnéale guérit sans fistule*, et, quinze jours après l'opération, le toucher rectal permettait de constater une sorte de petit plastron au niveau de ce qui était la prostate : patron élastique, dépressible, mais à peine douloureux. La cystite avait presque totalement disparu et le suintement urétral muco-purulent n'existait plus.

Ce malade a repris sa profession pénible de filateur et jouit d'un bon état général, suivant d'ailleurs toujours un traitement à base d'huile de foie de morue. Il ne souffre plus du côté de son appareil génito-urinaire, le périnée est souple et l'éjaculation est possible.

OBSERVATION XIII.

(ARBUTHNOT LANE, *Transact of the clin. Soc. of London*,
vol. XXXVIII, 1895, p. 288-290.)

E..., 36 ans. A eu, quatorze ans auparavant, une atteinte tuberculeuse des deux testicules à la suite d'un traumatisme. Celle-ci a guéri complètement après drainage prolongé des abcès. Un abcès périnéal s'est développé treize ans auparavant, accompagné par une grande difficulté des mictions et de la défécation. Il fut ouvert huit mois environ après son apparition, et l'urine et le pus se déversaient continuellement à travers l'ouverture. Cet état très pénible était associé à un très grand dépérissement de l'organisme et à des sueurs nocturnes profuses. Cet état persista ainsi. Il y a sept ans une autre tuméfaction s'était constituée près du scrotum. Elle s'ouvrit à l'extérieur sept mois plus tard, éliminant continuellement du pus.

Il y a neuf mois, une douleur profondément située s'est développée dans le périnée, associée à une grande difficulté de la défécation et de la miction, toutes deux douloureuses; au bout de quelques semaines, le malade ressentit une douleur violente suivie par un écoulement abondant de pus hors de l'anus. L'urine s'échappait librement dans le rectum; une petite quantité seulement passant par l'urètre et le périnée. Cet état persista. Le malade pouvait retenir ses mictions périnéales, mais non pas celles qui prenaient le chemin du rectum. D'autres abcès, dans l'interval, s'étaient formés dans le périnée et dans la fosse ischio-rectale.

Le 5 juin 1894, Arbuthnot Lane ouvrit une cavité très irrégulière et diverticulisée, ou plutôt une série de cavités fistulisées au périnée et au scrotum par un grand nombre d'ouvertures qui s'étendaient jusque dans la prostate et aux environs de la membrane urétrale. La prostate était apparemment très désorganisée. En arrière, il existait, sur le rectum, une ouverture à travers laquelle l'extrémité du doigt pouvait être introduite, les marges de l'ulcère étant épaissies. La distribution des abcès autour du

rectum était très importante. Les cavités furent nettoyées de leur contenu caséux aussi soigneusement que possible, et il fut effectué un tamponnement à la gaze iodoformée. L'état changea rapidement, mais, le 4 septembre, le malade était retombé dans un état pire qu'avant l'opération. On commença alors les injections périodiques de sulfure et de glycérine dans les fistules. Ces injections déterminaient quelque gêne une demi-heure après avoir été effectuées. Le gonflement du périnée persistait, mais l'écoulement était considérablement diminué et les urines cessèrent de s'écouler par le rectum au bout d'un mois de ce traitement. Le malade augmenta rapidement de poids, et son aspect changea complètement. La fistule rectale était complètement fermée. Une goutte ou deux d'urine s'échappaient de temps en temps par une petite fistule périnéale, dans laquelle on instille du sulfure et de la glycérine. Arbuthnot Lane concluait : « Dans un mois ce malade sera enfin débarrassé du fardeau qui empoisonnait sa vie. » Mais il n'a jamais fait savoir si cela était effectivement arrivé.

OBSERVATION XIV.

(ROCHET, *in* thèse Pommadère.)

D... (Michel), 26 ans. Début il y a deux mois par de la pollakiurie, de la douleur à la fin de la miction, des urines troubles. Actuellement, douleurs très vives dans le canal de l'urètre, mictions fréquentes : 10/10; urines troubles dans les deux verres. Noyau induré de la prostate. Au cathétérisme, spasme très accusé de la région prostatique. La vessie contient 80 grammes sans réagir.

Intervention le 7 février 1902 : curetage de la prostate et des vésicules par la voie périnéale. Après l'intervention, l'état général devient mauvais. Fièvre continue pendant quinze jours avec toux opiniâtre et crachats purulents. Meurt deux mois après l'intervention.

OBSERVATION XV.

(ROCHET, *in* thèse Pommadère.)

S... (François), 31 ans. Début il y a trois mois par pollakiurie et douleur à la miction. Actuellement : pollakiurie 20/20. Douleurs vives s'irradient à l'anus et à l'extrémité de la verge; miction goutte à goutte; urines troubles. Prostate bosselée et douloureuse à la pression; vésicules dilatées, fongueuses et douloureuses. Testicules normaux, mais noyaux indurés dans les épидидymes.

Intervention le 11 mars 1902 : voîè périnéale. Dissection de la prostate dont l'ouverture évacue peu de pus. Curetage des parties fongueuses. Ouverture de l'urètre prostatique. Drain dans la vessie sortant par orifice périnéal.

Un mois plus tard, état général médiocre; le malade urine par le périnée. Décédé le 8 octobre 1902.

OBSERVATION XVI.

(ROCHET, *in* thèse Pommadère.)

O... (Pierre), 39 ans. Antécédents bacillaires nets : à 29 ans, abcès épидidymaire en même temps que des hématuries. L'affection actuelle a débuté par de la pollakiurie et de la douleur à la racine de la verge. Prostate petite mais dure; le lobe fait une saillie assez dure. Cystoscopie : rien dans la cavité vésicale, mais le relief de la prostate dans la vessie est très accentué, et toute cette région apparaît très congestionnée. Noyau induré au niveau de l'épididyme droit. Le 8 juin 1903, intervention : taille périnéale prérectale. Sphinctérotomie avec le lithotome double.

Le 28, le malade va très bien et demande à sortir. Urines claires. La vessie contient 200 cm³ sans réagir. Plus de douleur à la miction.

OBSERVATION XVII.

(ROCHET, *in* thèse Pommadère.)

G... (Claude), 34 ans. Lupus il y a quatorze ans.

Début il y a un an par de la pollakiurie et de légères hématu-

ries terminales. Le début et la fin de la miction sont douloureux. Les douleurs siègent au niveau du périnée.

Le malade est obligé de pousser pour uriner à peine quelques gouttes : rétention. Au cathétérisme, spasme vigoureux de l'urètre profond. L'exploration métallique avec le Thompson fait sentir une vessie assez petite, saignant facilement, très contractée et qui donne l'impression de la vessie douloureuse tétanisée. Capacité vésicale : 40 cm³. Rien d'apparent au toucher rectal.

Le 13 octobre 1906, intervention : taille périnéale et *sphinctérotomie*. On ne trouve pas de prostate. Le col est ulcéré. Le siège des lésions sur l'orifice uréthro-vésical avec intégrité de la grande cavité vésicale explique, dans une certaine mesure, par la contracture de l'anneau sphinctérien, la rétention qu'a présentée ce malade (la contracture vésicale venait s'épuiser sur la contracture du sphincter.)

Le 4 novembre, on pratique l'autopsie du malade, qui est décédé le 1^{er} novembre. Les reins sont tuberculeux et la prostate n'est qu'une vaste caverne tuberculeuse.

OBSERVATION XVIII.

(ROCHET, *in* thèse POMMADÈRE.)

F... (Antoine), 71 ans. Début il y a neuf mois par dysurie et polakiurie, puis incontinence progressive. Testicule droit volumineux, bosselé et prêt à s'abcéder au niveau de l'épididyme.

Prostate présentant un lobe gauche petit et induré, un lobe droit gros et criblé de bosselures. Cathétérisme facile. Urines claires. Cystoscopie : saillie assez volumineuse au niveau du lobe moyen de la prostate. Le toucher rectal montre au niveau de la prostate une ulcération à bords déchiquetés en forme de cupule, et la pression à son niveau fait sourdre du pus et du sang par l'urètre. Les urines s'écoulent par le rectum lorsque le malade urine assis.

22 novembre 1907, intervention : *sphinctérotomie* périnéale. Pas de renseignements sur les suites.

OBSERVATION XIX.

(CRANDON, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1902, p. 17-19.)

Il s'agissait d'un homme de 67 ans qui présentait un syndrome d'obstruction dû à une grosse prostate et qui est mort quelque temps plus tard d'une infection intercurrente. A l'autopsie, on ne trouva pas de lésions tuberculeuses de l'organisme, ni dans le système uro-génital, excepté dans un lobe de la prostate où il existait une masse caséuse, ronde et assez large, circonscrite par un tissu tuberculeux typique. L'hypertrophie de la prostate dans ce cas est du type usuel et n'est pas dû à la tuberculose. L'épididyme, les canaux déférents, les vésicules séminales, les conduits éjaculateurs, la vessie, l'uretère et les reins ne présentent pas de tuberculose. Il existe un peu de dégénérescence amyloïde dans le cortex rénal.

Dans ce cas, la lésion tuberculeuse de la prostate n'était pas seulement la seule manifestation de tuberculose du système uro-génital, mais aussi la seule existant dans tout l'organisme.

La maladie, par conséquent, aussi loin qu'un examen *macroscopique* puisse permettre de le dire, était incontestablement une *atteinte primaire* de la prostate.

OBSERVATION XX.

(CRANDON, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1902, p. 17-19.)

Il s'agissait d'un individu souffrant d'une maladie d'Addison très avancée et qui présentait aussi des symptômes prostatiques, en particulier de la douleur, de l'hypertrophie et de l'obstruction, tous survenus seulement dans les derniers cinq mois de sa vie, faisant admettre que les troubles surrénaux avaient précédé les lésions uro-génitales. L'autopsie permit de trouver une tuberculose très marquée de la surrénale gauche, mais pas de lésions de la surrénale droite ou de l'autre rein (il n'est pas parlé du rein gauche). La vésicule séminale gauche est dilatée et remplie de subs-

tance caséuse, ses parois sont tuberculeuses, tandis que la prostate est infectée de part en part, le processus cependant apparaissant comme plus ancien et plus évolué sur le lobe droit. Les épидидymes et les testicules sont normaux. L'uretère gauche, à environ 3 centimètres de la vessie, est dilaté et présente des parois tuberculeuses caséifiées, mais l'examen microscopique effectué tous les 5 millimètres sur le canal déférent gauche, en particulier sur les portions situées près de l'uretère, n'a pas montré de lésions tuberculeuses.

L'affection surrénalienne est incontestablement vieille, datant de trois ans environ. Le fait demeure que l'uretère du même côté (gauche) a été infecté à travers sa ligne muqueuse par le bacille tuberculeux, amené par la voie sanguine ou par l'urine excrétée par le rein dont la surrénale était tuberculeuse.

Il n'y avait pas d'ulcérations tuberculeuses à l'orifice urétéral, ni dans la vessie, mais la prostate était atteinte des deux côtés, ce qui fait envisager par l'auteur un mécanisme lymphatique possible.

OBSERVATION XXI.

(VILLAR, *in* thèse BEINET, Bordeaux, 1905-1906.)

J... (H.), 46 ans. Entre pour une bronchite. Dans la nuit, il s'aperçoit d'une certaine grosseur au niveau de la région périnéale; jusque-là, il n'avait rien remarqué de ce côté. Cette grosseur, dit-il, est survenue dans une quinte de toux. Elle s'étend presque jusqu'à la racine des bourses. La palpation, très peu douloureuse, décèle une grosseur mollassse. A la ponction exploratrice, un peu de pus séreux. En pressant l'urètre, un pus analogue à celui retiré par la ponction sourd au méat. Prostate grosse, molle, et présentant surtout à gauche une fluctuation bien nette. Troubles fonctionnels presque nuls. Urines légèrement troubles. L'état général n'est pas bon. Le malade a un teint jaunâtre; il est maigre, affaîssé. Il a une fièvre élevée. Au niveau des poumons : signes de bronchite suspecte.

Intervention : incision prérectale courbe, évacuant une vaste

collection purulente, mal liée, sentant très mauvais. La prostate paraissant vidée, et revenue à son volume à peu près normal, on ne l'atteint pas, d'autant que la paroi rectale paraît très amincie, et il n'est pas prudent de prolonger le décollement du rectum. Nettoyage et bourrage à la gaze. On diminue l'étendue de l'incision cutanée par quelques sutures placées aux extrémités.

Un mois après, le malade est rétabli. Les troubles, même vagues, ont cessé. Il persiste une petite fistule qui laisse sourdre de temps en temps une gouttelette de muco-pus. L'état général est meilleur. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXII.

(William HUTCHINSON, *The Amer. Journ. of Urology*, mars 1913, p. 133.)

X... (X.), 30 ans. Depuis deux ans, troubles de la miction : envies fréquentes d'uriner ou rétention nécessitant le cathétérisme. Prostate uniformément dure et unie. La dureté était telle que l'on songea à un calcul. L'examen cystoscopique fut impossible. Sur la queue de l'épididyme, petite nodosité de la grosseur d'un pois et très dure. Le malade a eu quelque temps auparavant une lésion tuberculeuse du poumon. Malgré ceci, on élimina l'idée de tuberculose prostatique, et on pensa à un sarcome. On pratiqua la taille sus-pubienne, on enleva la prostate avec beaucoup de difficulté, et l'examen de la glande fit constater que l'on avait affaire à une tuberculose hyperplasique.

OBSERVATION XXIII.

(William HUTCHINSON *loc. cit.*)

Le cas suivant se rapporte à un homme âgé de 47 ans. Le malade avait, dix ans auparavant, éprouvé des troubles urinaires très violents, caractérisés par des douleurs intenses en urinant et une miction très fréquente. L'urine renfermait beaucoup de pus; la pros-

tate était dure et grosse. On posa le diagnostic de tuberculose prostatique. Mais les douleurs devenant plus vives, il entra à l'hôpital, et l'examen cystoscopique fit constater dans la vessie la présence de deux gros calculs que l'on retira par la taille hypogastrique, et la palpation fit reconnaître un troisième calcul également volumineux enchatonné dans la prostate. Le malade guérit.

OBSERVATION XXIV (Résumée.)

(SALLERAS, *La Semana medica*, 10 nov. 1921, p. 632-635.)

M... (J.), 48 ans. Début il y a quatre ans par pollakiurie nocturne (3 et 4 fois par nuit) avec légère ardeur terminale. Au bout de trois mois, la pollakiurie s'est notablement augmentée, devenant aussi bien diurne que nocturne, avec douleur intense terminale et urine purulente et quelquefois même hématurique.

Après traitements médicaux variés (urotropine, lavages et instillations au nitrate d'argent et au goménol), sans action d'ailleurs, s'installe la difficulté du début de la miction. La douleur et la pollakiurie sont telles que la vie du malade est devenue un véritable martyre.

Durant toute la durée de sa maladie, il n'a jamais eu de fièvre ni de frissons. Il a maigri de 24 kilos.

Appareil urinaire normal. Vessie : palpation simple et combinée, normale; distension douloureuse; pas de rétention, capacité de 120 cm³. A la cystoscopie, muqueuse rouge et dépolie, régulière, avec aspect peu brillant; vaisseaux augmentés en grandeur et en nombre, aux environs du col; uretères bien visibles, sans lésions; rythme des éjaculations, normal; col vésical déformé par saillie du lobe droit de la prostate; la muqueuse y est rouge et œdématiée, d'aspect infiltré, qui fait penser à une lésion néoplasique. A l'explorateur à boules, sensibilité dans l'urètre postérieur.

Prostate légèrement augmentée de volume aux dépens de son lobe droit, plus grand que le gauche et irrégulier, dur, douloureux, se continuant en arrière, confondu avec la paroi vésicale droite. Le reste de la glande est blanc, régulier, lisse, non adhé-

rent à la muqueuse rectale. Le toucher rectal rencontre une bride fibreuse circulaire à 4 cm. 5 de l'orifice anal, réduisant fortement le diamètre du rectum.

Les organes génitaux externes, testicules, épидидymes, canaux déférents et vésicules séminales ne présentent rien d'anormal.

Intervention le 30 janvier 1920 : Taille hypogastrique. Le lobe droit donne l'impression d'être énucléable. Le reste de la prostate présente les caractères d'un petit adénome. Extirpation, non sans difficulté, du lobe droit. Drainage hypogastrique. Pas de tamponnement.

La tumeur extirpée est du volume d'une petite mandarine, irrégulière, en forme de corne, dure, et présente dans toute son épaisseur une série de nodules d'aspect fibro-caséeux et quelques calcifications. Hypertrophie adénomateuse.

Des follicules tuberculeux, en majeure partie confluent, intéressent une portion de la glande. Un grand nombre de ces follicules sont limités à leur périphérie par un tissu conjonctif qui les isole des formations homologues voisines. Dans quelques points, on voit ces follicules ulcérer la paroi des conduits glandulaires faisant irruption dans leur lumière et détruisant des zones importantes du parenchyme glandulaire.

Il existe une zone étendue de tissu nécrotique dans lequel il apparaît une certaine quantité de sels calcaires. Ce tissu de nécrose a disparu en grande partie, surtout dans la zone centrale, laissant place à une véritable caverne.

Suites postopératoires normales. On remplace le drainage hypogastrique par une sonde à bécuille n° 20. La cicatrice est torpide. Un mois après l'intervention, il persiste un trajet fistuleux par où coule l'urine quand la sonde se bouche; hélio-thérapie, cacodylate de soude.

En avril, la fistule persiste dans le même état. On circonscrit la cicatrice par une incision elliptique, on résèque toute la partie cutanée et sous-cutanée environnante, jusqu'à l'aponévrose antérieure des droits. On fend cette aponévrose, sépare les muscles, résèque le cul-de-sac prévésical, suivant la technique courante; on ouvre la vessie sur sa paroi antérieure, on charge le trajet fistu-

leux sur une sonde cannelée et on l'extirpe en entier, comme pour une fistule rectale. Une fois réséqué le trajet cutané-vésical, on suture la vessie en un seul plan perforant, que l'on renforce par un autre plan superficiel non perforant. Suture de l'aponévrose des droits et de la peau, aux crins, sans drainage. Il n'a pas été possible de fermer complètement la vessie, car elle présentait un large orifice dû à la rétraction des parois pendant la longue période du drainage hypogastrique, et il a fallu se résigner de nouveau à drainer.

Le 17 juin 1920, le trajet fistuleux n'est pas fermé, bien que la sonde permanente fonctionne bien. On fait agir l'héliothérapie, l'air chaud, les toniques variés. L'état général du malade est régulier.

Depuis un an que ce malade se trouve soumis au traitement précédent et à des cures intermittentes de tuberculine, qu'il tolère bien, le malade est en bon état général. La fistule hypogastrique s'est fermée un certain nombre de fois, restant sèche pendant quelques jours. De nombreuses fois, elle s'est rouverte, donnant lieu à un écoulement régulier de pus caséeux, qui va lentement en diminuant. Au bout de quelque temps, il s'est produit un abcès péri-urétral au niveau de l'angle péno-scrotal, qui s'est ouvert spontanément, laissant à sa place un orifice d'aspect tuberculeux.

On doit noter que le malade a cessé de souffrir dès les premiers jours qui ont suivi l'intervention et que celle-ci a certainement amélioré l'état général.

OBSERVATION XXV.

(DUVERGEY, in thèse MOREL, Bordeaux, 1932.)

G... (Julien), 65 ans. Entre en 1923 pour rétention d'urine datant de trois jours.

Antécédents. — Depuis sept ou huit ans se lève la nuit pour uriner, urine assez péniblement : le jet est sans force. En 1921, il se levait trois fois par nuit. A cette époque un spécialiste a porté le diagnostic d'adénome prostatique. En janvier 1923, a présenté deux abcès de la paroi thoracique gauche qui ont été ponctionnés à diverses reprises.

Depuis avril 1923, une pollakiurie s'installe progressivement. Dans le courant de mai, le malade urine toutes les heures. L'urine est claire. Le 13 juin, rétention d'urine qui nécessite un sondage biquotidien. Le malade entre à l'hôpital, où on met en place une sonde à bécuille à demeure. Diagnostic : adénome prostatique volumineux.

Homme vigoureux. Urines un peu troubles. Appareil épидидymo-testiculaire et canaux déférents normaux. Prostate très volumineuse, faisant une saillie dans la cavité rectale. Il existe un sillon médian. On note à peine quelques variations de consistance. A côté des régions fermes et dures se trouve une zone centrale un peu ramollie. La configuration extérieure de la tumeur n'est pas d'une régularité parfaite : quelques bosselures sont comme ébauchées, mais rien de net à ce sujet. Les vésicules séminales sont perceptibles des deux côtés.

Au sommet gauche, quelques râles sous-crépitaants. Pas de fièvre. L'appétit est conservé. Quelques rares bacilles de Koch dans les crachats. L'examen cyto-bactériologique de l'urine a montré, le 18 juin 1923, de nombreux polynucléaires, des hématies, déchets épithéliaux. Très nombreux bacilles à Gram négatif. Quelques cocci à Gram positifs. Pas de bacille de Koch. Azotémie, 0 g. 50; constante, 0,13. On conclut d'après les examens précédents à un adénome prostatique peut-être tuberculisé.

Le 23 juin 1923, sous rachianesthésie, cystostomie. La prostate explorée par le toucher intravaginal est volumineuse, semble régulière.

Le 9 juillet 1923, l'azotémie était tombée à 0 g. 20. Prostatectomie transvésicale sous rachianesthésie. Un gros adénome est enlevé rapidement et facilement.

La tumeur présente par place l'aspect habituel de l'adénome prostatique; dans son centre, on distingue plusieurs foyers séparés nettement des autres et nettement caséifiés : ils présentent l'aspect classique du marron cru. Pas d'abcès. Tout autour, à la périphérie, la tumeur a l'aspect d'un adénome banal.

A l'examen microscopique : « Prostate infiltrée de territoires caséux tellement nécrosés qu'on ne reconnaît plus une seule cellule

dans certaines régions, sauf çà et là quelques amas adénomateux nécrosés; follicules tuberculeux reconnaissables en certains points. » (Prof. Sabrazès).

Un autre segment de la prostate montre du tissu adénomateux classique, et à côté une zone tuberculisée.

Suites opératoires normales. Le tube de Marion est enlevé le septième jour, remplacé par une sonde Pezzer enlevée quelques jours après. Le 1^{er} août, la plaie opératoire est atone. Le malade a depuis une vingtaine de jours une sonde de Cliquet à demeure dans la vessie. Les lésions pulmonaires ont progressé. Le 9 août, le malade quitte l'hôpital amaigri, avec une plaie hypogastrique toujours atone, malgré l'emploi en pansements d'huile goménolée, de liquide de Calot, et même de thermocautérisation légère des tissus.

OBSERVATION XXVI.

(LEGUEU et VERLIAC, *Journ. d'urol.*, t. 19-20, 1925, p. 441-444.)

Il s'agit d'une observation de tuberculose développée sur un adénome prostatique chez un homme de 56 ans, soigné depuis longtemps pour un rétrécissement gonococcique peu serré de l'urètre, ayant eu en 1915 une double épididymite fistulisée qui a suppuré jusqu'en 1922. Depuis ce moment, légère rétention avec urines troubles, et souvent hématuries terminales. Au mois de juin 1924, crise de rétention complète : la vessie, pleine de caillots, est évacuée; le sondage et surtout les lavages vésicaux paraissent particulièrement douloureux. Prostate large, de forme et de consistance régulières.

Le 26 juin, cystostomie. Le lobe moyen paraissant un peu végétant, on en excise un fragment pour savoir s'il s'agit d'un néoplasme. On trouve à l'examen histologique des lésions tuberculeuses paraissant développées sur un adénome sous-urétral en évolution.

La prostatectomie est effectuée le 29 novembre 1924. Extraction facile d'un gros adénome. Suites opératoires normales : fermeture spontanée de la cystostomie dans les délais normaux.

OBSERVATION XXVII.

(MARION, *Journ. d'urol.*, t. 19-20, 1925.)

M... (Albert), 62 ans. Entre pour rétention complète aiguë datant de huit jours. Depuis plusieurs années, dysurie et pollakiurie nocturne. Prostate apparaissant comme un adénome banal, volumineux. Testicules et épидидymes normaux.

Cystostomie le 22 avril 1922; prostatectomie le 16 mai.

« Au cours de cette prostatectomie, il me semble sentir dans la partie gauche de l'adénome une masse un peu plus dure que les parties environnantes, de sorte que je pense qu'il s'agit d'un début de dégénérescence épithéliomateuse de l'hypertrophie prostatique. »

A la coupe, il existe un noyau central jaunâtre, ne ressemblant en rien macroscopiquement à un noyau cancéreux, et, à ce moment déjà, j'émetts l'hypothèse d'un noyau tuberculeux. L'examen histologique pratiqué par Mlle Kogan confirme cette hypothèse et montre nettement une tuberculose avec cellules géantes au centre d'une masse adénomateuse. Les suites de l'opération furent identiques à celles d'une intervention pour hypertrophie de la prostate.

OBSERVATION XXVIII.

(BOECKEL, *Journ. d'urol.*, 1930, p. 62-65.)

R... (M.), 69 ans, adressé pour dysurie très prononcée.

Début il y a trois ans environ par pollakiurie légère, surtout nocturne, qui est restée stationnaire assez longtemps. Depuis six mois, la pollakiurie a beaucoup augmenté, et la dysurie s'est installée depuis deux mois. Jamais de rétention complète, jamais sondé.

Assez bon état général. Température normale. Urines claires. Albumine : 0 g. 15 p. 1.000. Prostate nettement augmentée de volume, mais de consistance normale. Diagnostic adénome prostatique typique.

Reins, testicules et épидидymes indemnes. Urètre non rétréci.

Résidu vésical après miction : 350 cm³. Au cystoscope : saillie prostatique moyenne, régulière.

Le 29 mai 1929, cystostomie. L'opéré rentre chez lui le 15 juin en bon état.

Prostatectomie le 7 novembre 1929, sous anesthésie épidurale et locale au niveau de l'orifice sus-pubien. L'opération est assez difficile, car la prostate a pour ainsi dire « fondu » depuis la cystostomie. Je n'arrive que péniblement à énucléer un petit adénome obstruant le col. La pièce opératoire présentant en un point une induration très nette, j'ai quelques craintes au sujet d'un néoplasme, et je l'adresse au professeur Géry pour analyse histologique (1).

Les suites opératoires sont des plus favorables. Sonde urétrale à demeure le 16 novembre. La fistule sus-pubienne se ferme rapidement; néanmoins, par prudence, la sonde urétrale n'est retirée définitivement que le 8 décembre.

L'opéré urine très facilement : deux à trois mictions nocturnes. Il est sondé le 13 novembre. Pas de résidu vésical.

OBSERVATION XXIX.

(LOWSLEY et DUFF, *Annals of Surg.*, t. 91, 1930, p. 106-114.)

G... (S.), 53 ans, admis le 28 décembre 1927 pour mictions fréquentes, troubles et sanglantes. Deux ans auparavant, il a été traité par intermittence pour cystite et fréquence mictionnelle.

Le malade était émacié et sa prostate était hypertrophiée et nodulaire. Par la pression, on pouvait mettre en évidence une crépitation dans ces nodules, suggérant la présence de calculs prostatiques.

A la radiographie, dans la région située derrière la symphyse pubienne, siégeaient plusieurs ombres qui firent penser à des calculs prostatiques. A la cystoscopie, il y avait tellement de pus et de débris, que les uretères ne purent être localisés.

(1) Voir à « Tuberculose de l'adénome prostatique » les résultats de l'examen.

L'état général du malade ayant été amélioré par traitement général, cystostomie sus-pubienne le 30 décembre 1928 et drainage. Il y avait une très petite intrusion prostatique et aucun calcul n'était palpable.

Le 25 janvier 1929, prostatectomie périnéale. La prostate, légèrement hypertrophiée, fut énuclée avec difficulté. Elle contenait une petite quantité de pus et un peu de gravier. Plusieurs zones de caséification et de calcification.

A l'examen microscopique, hypertrophie fibro-adénomateuse de la prostate avec lésions de tuberculose caséuse.

Immédiatement après la prostatectomie, forte réaction avec haute température, mais sa situation s'est progressivement améliorée. Pendant un certain temps, cette amélioration a continué, mais il s'est développé un abcès froid dans le coude gauche et dans le poignet droit. On institua un traitement aux ultra-violets. Une fistule s'est formée dans la plaie périnéale et aussi dans la plaie hypogastrique. L'état général du malade s'est progressivement aggravé, et il est décédé le 15 mars 1929, soit deux mois après l'intervention.

OBSERVATION XXX.

(LOWSLEY et DUFF, *loc. cit.*)

N... (M.), 69 ans. Entré le 6 juin 1926 pour pollakiurie et dysurie douloureuse. La fréquence des mictions date de quatre ans, elle a progressivement augmenté. Il s'en inquiète assez peu, mais une semaine avant son entrée à l'Hôpital apparut une dysurie marquée avec douleur à la miction. Jamais de sang dans les urines, qui ont toujours été claires.

Prostate hypertrophiée au triple de son volume normal, ne présentant pas de consistance nodulaire. Il y avait 6 onces (2) d'urine résiduelle dans la vessie. Diagnostic : hypertrophie adénomateuse de la prostate. Le 8 juin 1929, une cystostomie sus-pubienne permet de découvrir que la prostate remplissait pratiquement la vessie. Le 8 juin 1929, prostatectomie périnéale. L'opération fut effec-

(2) Soit 180 cm³ environ.

tuée avec difficulté en raison de la mollesse extraordinaire de la glande qui était mollassée et remplie de pus.

Convalescence lente et malgré toutes les tentatives effectuées, il persista des fistules dans les plaies périnéale et abdominale. Irradiation à la lampe de quartz, sans résultats. Finalement, le malade a été transféré dans un autre établissement et il n'a pas été possible de connaître l'évolution ultérieure de ce cas.

OBSERVATION XXXI.

(Hj. SCHILLING, d'Oslo, *Acta Chirurg. Scand.*, t. LXXII, fasc. 4-7, p. 442-454.)

Homme de 30 ans. Pleurésie à l'âge de 13 ans. En 1929, chute à cheval sur le périnée. Le malade est resté alité durant un mois. Immédiatement après qu'il ait pu quitter le lit, il remarqua que ses mictions étaient de temps en temps cuisantes. Urines ni troubles ni sanglantes. Un mois et demi après l'accident, douleurs dans le périnée, allant en augmentant, rendant la session difficile, et il se développe un abcès périnéal avec fièvre, que l'on incisa deux jours plus tard : 250 cm³ de pus nauséabond et de tissus gangrenés. La température redescend à la normale. Le pus se composait en partie de pus louable et de pus grumeleux mal lié, qui fit envisager une origine tuberculeuse. Fistule persistante. Prostate grosse et molle. A la pression, pus par la fistule, mais pas par l'urètre.

Un mois plus tard, on curette la fistule, dont l'examen microscopique montre la nature tuberculeuse.

L'urine, acide, qui contenait des leucocytes et parfois aussi des érythrocytes, a été examinée plusieurs fois en vain au sujet de la présence de bacilles de Koch. L'inoculation au cobaye et les cultures furent négatives.

Au cours du curetage de la fistule, on est tombé dans une cavité caverneuse qui se dirigeait en avant vers la symphyse pubienne et qui s'étendait en arrière vers l'anus, remplie d'un tissu granuleux mou. Le chirurgien estima qu'elle était en relation avec la prostate.

Comme la fistule périnéale ne se fermait pas et qu'il suintait

constamment un peu d'urine, on mit plusieurs fois une sonde à demeure, sans résultats d'ailleurs. La pyurie fut traitée par divers antiseptiques urinaires en injections urétrales. Le malade fut soumis pendant quelque temps au régime de Gerson.

Le malade sortit le 17 mai 1931, en parfaite santé. Il commença alors à ressentir des douleurs dans la fosse iliaque droite et dans la gauche, pouvant durer huit à dix heures. En décembre 1931, à la radiographie : grosses ombres calculeuses à la partie inférieure des deux uretères. Abscès du lobe droit de la prostate dont la pression fait sourdre du pus épais par l'urètre. Le lobe gauche est d'une consistance normale et un peu irrégulière. On ne peut pas actuellement trouver de communication entre l'abcès prostatique et la fistule périnéale, mais on pense qu'elle a dû autrefois exister et que la fistule tuberculeuse du périnée est due à une tuberculose de la prostate.

Testicule et épидидyme normaux. Vessie normale à la cystoscopie. Les orifices urétéraux ne sont pas élargis.

Le 11 avril et le 9 mai 1932, l'auteur enlève de gros calculs des deux uretères, paraissant être développés sur place...

Devant la persistance de la fistule périnéale, qui continue à laisser suinter de temps en temps un peu d'urine, nouveau curetage. Le lobe droit de la prostate contient toujours un petit abcès dont la pression fait évacuer du pus par l'urètre, mais pas par la fistule.

Le cathétérisme des uretères donne du côté gauche une urine un peu trouble (infection colibacillaire), et, du côté droit, de nombreuses cellules rondes et des colibacilles, pas de cylindres. Les cultures de l'urine n'ont donné que des colonies de colibacilles.

L'auteur pense à une localisation par voie hématogène de la tuberculose sur la prostate.

OBSERVATION XXXII.

(DESJACQUES, *Lyon médical*, 1932, p. 145-147.)

X..., 53 ans. Entre le 3 mars 1932 pour abcès de la marge de l'anus fistulisé depuis six semaines.

En janvier, le malade a commencé à souffrir au niveau de l'anus :

sensation de pesanteur périnéale, d'ailleurs peu accentuée. Puis un suintement permanent s'établit dans la région anale, en même temps que se déclare un certain fléchissement de l'état général avec température subfébrile et céphalées. Ronchus au niveau des poumons.

Orifice fistuleux au niveau du creux ischio-rectal gauche : un stylet s'y enfonce profondément. Prostate très volumineuse, mais avec des lobes de grosseur et de consistance égales; on peut atteindre le pôle supérieur; vésicules séminales non perçues. Pas de troubles urinaires.

Intervention le 9 mars 1932 : débridement de la fistule; elle remonte très haut, et l'on ne met pas à jour son extrémité haute. Une mèche.

Le malade quitte le service, le 15 mars 1932, avec une plaie en bon état de cicatrisation.

Il est ramené le 23 mars 1932 : la plaie ischio-rectale a bon aspect. Mais le malade délire, présente de la cyanose des extrémités. De plus, il y a rétention d'urines avec globe vésical perçu à l'hypogastre. On fait quotidiennement le cathétérisme de l'urètre. Le 28 mars, toute tentative de cathétérisme échoue et une cystostomie est pratiquée. Le malade, agité et délirant, décède trois jours après.

Autopsie : Prostate présentant un gros tubercule dans chaque lobe, mais il n'y a aucune lésion tuberculeuse des organes génitaux, de la vessie et des reins. Cependant, on trouve quelques petites granulations à la coupe d'un rein. Nombreuses granulations sur le péritoine et sur la plèvre.

Nombreuses adhérences pleurales. Les poumons ne présentent pas de cavernes, mais sont le siège d'une sclérose diffuse; à la coupe, on découvre des granulations.

L'examen histopathologique (Dr Dechaume) a donné la réponse suivante :

Le fragment de prostate examiné présente des nodules nécrotiques bien circonscrits à la périphérie desquels on retrouve quelques cellules géantes.

Lés fragments de poumon montrent quelques petits nodules, les uns fibreux, les autres avec centres caséeux et cellules épithélioïdes tout autour avec cellules géantes.

Il s'agit donc de tuberculose pulmonaire récente de type probablement granulique et d'une tuberculose de la prostate (1).

OBSERVATION XXXIII (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

C... (P.), 38 ans, pensionné de guerre, entre dans le service de M. le Professeur Duvergey, le 13 mars 1935, sur les conseils du docteur Guérin, chef de clinique, avec le diagnostic d'abcès froid de la prostate.

Antécédents héréditaires. — Mère hémophile, père bien portant.
Antécédents personnels et antécédents collatéraux. — Une enfant de 15 ans bien portante. Femme morte tuberculeuse. Etant jeune, bronchites relativement fréquentes. En 1917, bronchite grave. De 1919 à 1925, bronchites fréquentes plus ou moins violentes, très fragile. En 1925, bronchite grave. Au cours d'un examen complet du malade, on découvre des signes de bacillose pulmonaire. Réformé 100 p. 100 pour bacillose pulmonaire et fistule anale. En octobre 1925, entre au sanatorium de Feuillas, où on lui fait un pneumothorax droit. Il y reste dix mois environ, puis rentre chez lui et continue son traitement. Alternatives de mieux et de pire. En mai 1934, alors qu'il va mieux du côté pulmonaire, il présente une orchio-épididymite gauche tuberculeuse fistulisée (3 petites fistules). Injection de sels d'or dans les fistules par le Doc-

(1) Desjacques conclut : « En somme, chez un malade atteint de sclérose pulmonaire, une tuberculose prostatique s'est développée, révélée par une fistule périnéale. Puis une *granulie* a emporté le malade. Les constatations nécropsiques nous permettent, vu l'intégrité de l'appareil génito-urinaire et l'absence de grosses lésions pulmonaires, de dire *tuberculose primitive de la prostate*, au sens où il convient d'entendre ce mot. Il s'agit là d'observations qui, sans être exceptionnelles, ne sont pas courantes; et plus souvent tout de même la tuberculose prostatique est secondaire à une lésion rénale dûment constatée ou à une localisation épididymo-testiculaire. »

teur Caussimon. Actuellement, petite fistule qui suppûre de temps à autre. Puis abcès froid de la paroi thoracique.

Il y a un mois, commence à sentir de la gêne à la miction, qui va en augmentant. Pollakiurie surtout diurne de plus en plus intense. Les touchers rectaux, pratiqués à cette période par le Docteur Caussimon, étaient très douloureux.

Il y a trois jours, en état de rétention complète depuis vingt-quatre heures. Le Docteur Guérin, appelé en consultation par son confrère, diagnostique une tuberculose prostatique. Il lui fait un sondage et lui conseille d'entrer dans le service de M. le Professeur Duvergey. On place une sonde à demeure n° 17.

Examen. — Au toucher rectal, prostate grosse, irrégulière, indurée.

Epididyme droit : noyau queue, signe de Delbet positif.

Examen d'urine : sucre, 0; albumine, 0,20; urée sanguine, 0 p. 100, 0,21; B.-W., négatif.

La température oscille entre 37 et 37°8 le soir. Le pouls est élevé tous les jours et oscille entre 100 et 120. Son état ne s'améliorant pas, on décide une intervention, qui est pratiquée le 30 mars par le Docteur Guérin, chef de clinique. *Opération* : ouverture de l'abcès de la prostate, après incision périnéale et sous rachianesthésie. Pus et caséum abondants qu'on enlève à la curette : mèches au chlorure de zinc.

Examen cyto-bactériologique du pus prélevé dans l'abcès : pus, sang, pas de microbes, recherche du bacille de Koch négative.

Dans la nuit du 8 au 9 avril, grosse hémorragie secondaire : tamponnement, toni-cardiaques, sérum adrénaliné.

Fistulisation de la plaie opératoire. *Exéaté* le 9 mai 1935 : bon état général. *Etat actuel* (nov. 1935) : le malade conserve une large fistule dans la portion périnéale de l'urètre. En juin dernier : apparition d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied gauche avec abcès froid. Ponction de l'abcès et immobilisation dans un appareil plâtré. Le toucher rectal fait sortir du pus par la fistule. Le malade urine partiellement par la fistule et en période diarrhéique, la fistule laisse passage aux matières fécales. Injection de crisalbine dans la fistule tous les quinze jours.

OBSERVATION XXXIV (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur BLANC.)

Tuberculose prostatique douloureuse et tuberculose rénale droite.

Prostatectomie glandulaire et néphrectomie. Guérison.

Nous sommes appelé, le 2 décembre 1926, en consultation auprès de M. D..., 47 ans, à Genac (Charente). Ce malade souffre de cystite intense depuis plusieurs semaines et doit garder le lit, où il trouve seulement une position de soulagement quand il s'appuie sur la fesse gauche. Les douleurs se propagent le long du canal et à l'extrémité de la verge, et tous les traitements médicaux institués par les trois médecins qui l'ont soigné précédemment n'apportent au malade aucun soulagement.

Par ailleurs, l'état général reste bon, l'appétit est conservé. Il n'y a pas de température et on ne note aucun antécédent. L'examen clinique des reins, des testicules, du canal, ne révèle rien.

L'examen de la prostate montre un lobe droit normal et un lobe gauche *plus saillant, lisse, dur, douloureux*. La semaine suivante, nous pratiquons à la maison de santé une cystoscopie, rendue très difficile en raison de l'attitude du malade. Vessie rouge de 60 cm³ de capacité, avec nombreux graviers brunâtres plus ou moins agglomérés ou incrustés au niveau du bas-fond.

Nous demandons à pratiquer un nouvel examen une fois la vessie calmée, avant de nous prononcer. Mais le malade ne veut plus attendre et réclame *impérativement* une intervention, qu'il refuse même de différer de huit jours. Il nous demande de la façon la plus formelle de lui ouvrir sa vessie sur le champ, et nous avons beaucoup de mal à le faire patienter quarante-huit heures, le temps de faire pratiquer une radiographie, qui ne montre rien du côté des reins, mais qui montre de *petites ombres à la partie inférieure de la vessie, à gauche*.

L'examen bactériologique des urines, pratiqué antérieurement, avait montré du coli et du staphylo.

Done, sur l'insistance du malade, et contre notre volonté, car

nous n'avons pu encore porter de diagnostic précis, nous intervenons sur la vessie. Il pourrait s'agir évidemment d'une gravelle vésicale incrustée et infectée, mais nous n'osons affirmer qu'il n'y a pas autre chose, et nous aurions voulu observer ce malade quelques jours et pratiquer des examens complémentaires, en particulier une division des urines. Bref, nous ouvrons largement cette vessie, qui apparaît rouge, violacée dans son ensemble, surtout au niveau du trigone.

On n'aperçoit pas de corps étrangers, ni de dépôts gravelleux. La curette, systématiquement promenée, au niveau du bas-fond, ne ramène rien. Fermeture sur tube de Marion.

A la suite de l'intervention, les douleurs vésicales sont apaisées. Une cystoscopie hypogastrique pratiquée quelques jours après ne nous montre rien de particulier. Au toucher rectal, *le lobe gauche prostatique est très dur*, légèrement augmenté, bien délimité, de consistance régulière, et l'examen détermine des *phénomènes douloureux intenses anorectaux propagés au canal*.

Une sonde urétrale est mise en place pour faire fermer la vessie, mais, en même temps, les urines étant demeurées troubles, malgré le drainage vésical, *nous suspectons une infection rénale bacillaire*, et un nouvel échantillon d'urines est envoyé au laboratoire qui répond : Innombrables colibacilles; staphylocoques; entérocoques; rares bacilles alcool-résistants se présentant en petits amas de caractère douteux.

Une première inoculation au cobaye amène la mort de l'animal en quarante-huit heures par septicémie.

Une deuxième inoculation après séparation des germes secondaires *est positive*. D'ailleurs, la plaie hypogastrique s'est fistulisée, et nous avons remis une sonde de Vezza pour permettre au malade de quitter la clinique en attendant le résultat de l'inoculation.

Après une période d'accalmie, les douleurs périnéales et anorectales recommencent avec une acuité intolérable, empêchant le malade de se tenir debout ou assis. Dans la position couchée, le malade, par contre, ne ressent aucune douleur.

Nous décidons l'enlèvement de cette prostate qui est le siège de

ces douleurs intolérables. Le 27 février 1927, nous enlevons assez facilement par *voie transvésicale* la glande prostatique : le lobe droit semble normal, mais le lobe gauche est constitué par une poche qui s'est crevée pendant l'énucléation et qui renferme une petite masse jaunâtre ressemblant à une amande et qui paraît être du pus organisé. L'examen anatomo-pathologique (Dr Kogan) montre qu'il s'agit de *tuberculose prostatique*.

Mais, après l'opération, le malade continue à éprouver d'une façon continuelle les mêmes douleurs ano-rectales. La plaie hypogastrique, après mise en place d'une sonde à demeure, se fistulise de nouveau. Nous pratiquons alors une division des urines. La sonde droite recueille du pus abondant, l'uretère gauche est invisable. Azotémie, 0,30; K, 0,102; P.S.P., 68 p. 100.

La néphrectomie droite est décidée. Ablation d'un *rein pyonéphrotique tuberculeux* entouré d'une grosse masse de périnéphrite. Dès lors, tout d'un coup, le malade ne souffre plus, reprend rapidement 12 kilos, et sa vessie se ferme en trois jours, lorsque, après traitement de sa vessie par la sonde hypogastrique, qui est maintenue deux mois, on met une sonde à demeure. Depuis, le malade est demeuré complètement guéri.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose de la prostate est une *maladie de l'âge adulte*. On l'observe surtout de 20 à 40 ans.

II. — Toutefois, on peut la rencontrer chez l'*enfant* entre 11 et 12 ans (Jullien) et chez le *vieillard* (même à 83 ans, Scott). La pathogénie de l'atteinte tuberculeuse de la prostate chez ce dernier réside dans un réveil d'une atteinte tuberculose antérieure de la glande.

III. — La tuberculose de la prostate se rencontre dans 75 p. 100 des cas de tuberculose uro-génitale. Elle serait donc habituellement secondaire à une atteinte des reins, de l'épididyme et du testicule.

IV. — Toutefois, cette conception pathogénique, classique en France, n'est pas admise dans tous les pays, et même dans le nôtre, un certain nombre de travaux commencent à la mettre en doute.

V. — La *fréquence vraie* de la tuberculose prostatique sur 100 individus pris au hasard est encore à établir. La solution de cette question ne saurait être donnée par les examens nécropsiques de malades décédés de phtisie commune.

VI. — L'atteinte de la prostate, si elle est souvent cliniquement primitive, est *pathogéniquement secondaire* à une tuberculose antérieure de l'organisme, dont on retrouve la trace dans l'appareil pulmonaire.

VII. — Il n'existe que quelques rares cas de tuberculose primitive vraie de la prostate, sans trace de chancre d'inoculation dans le poumon.

VIII. — *La tuberculose de la prostate peut coexister avec un adénome bénin de cette glande* (Duvergey). Les auteurs admettent que la tuberculose s'est greffée sur l'adénome. Cependant, on connaît un cas réalisant le contraire (Scott). Aussi pensons-nous personnellement qu'il s'agit de deux développements parallèles qui n'ont rien de commun entre eux.

IX. — Au point de vue *anatomo-pathologique*, la tuberculose de la prostate comprend tous les degrés d'évolution habituelle du follicule tuberculeux. La transformation mastic totale de toute la glande est possible. La transformation scléreuse et la crétification sont souvent observées, réalisant des processus de guérison spontanée. Mais on rencontre aussi fréquemment la caséification, la fistulisation et la cavernisation.

X. — Au point de vue *clinique*, le début de l'atteinte tuberculeuse peut souvent passer inaperçu et ne se révéler que par les symptômes d'une urétrite chronique (Richer, Blanc). A la *période d'état*, le tableau symptomatologique fonctionnel peut réaliser :

- soit un syndrome d'urétro-cystite;
- soit un syndrome de rectite.

Dans les deux cas, le toucher rectal établit le diagnostic. Les malades se plaignent surtout de troubles mictionnels, et ce sont eux qui influent le plus sur l'état général. Tout traitement opposé à ces troubles de la miction transforme la vie de ces malheureux (Pommarède).

XI. — Le traitement de la tuberculose prostatique se divise en :

1° Traitements médicaux;

2° Traitements chirurgicaux,

qu'on trouve associés ou opposés suivant les auteurs.

XII. — LES TRAITEMENTS MÉDICAUX comprennent :

a) *Un traitement général.* Repos à l'aération continue dans une station climatique d'héliothérapie. On lui associera diverses thérapeutiques : huile de foie de morue, créosote en suppositoires ou lavements, tuberculine pour les malades qui ne présentent pas de lésions pulmonaires évolutives, antigène méthylique de Boquet et Nègre. La vaccinothérapie n'a pas donné les résultats escomptés.

b) *Un traitement local.* Irradiations à la lampe de quartz (O. Swinney Lowsley et Duff), chrysothérapie locale par les fistules (Caussimon).

« Point d'instillation intra-urétrale, pas de cautérisation urétroscopique, pas d'injection sclérosante à travers le périnée. Pour un cas que l'on améliore de cette façon, cas qui aurait peut-être guéri seul, on en aggraverait beaucoup d'autres. » (Marion.)

XIII. — LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX peuvent porter :

a) *Sur les lésions concomitantes des reins, du testicule, de l'épididyme.*

La néphrectomie en cas de tuberculose rénale, l'épididymectomie en cas de tuberculose génitale, la castration, même chez le vieillard (Gayet), sont indiquées et ont donné les meilleurs résultats aussi bien en France qu'à l'étranger.

b) *Sur la prostate elle-même.* On peut intervenir sur la prostate par quatre voies :

- 1° Voie rectale;
- 2° Voie urétrale;
- 3° Voie périnéale;
- 4° Voie hypogastrique.

La voie *rectale* et la voie *urétrale*, employées autrefois, sont et doivent être définitivement abandonnées.

La voie *périnéale* est classique (incision transversale à lambeau dont la base regarde du côté du scrotum (Dittel), incision périnéale de Roux et Kocher, procédé ischio-rectal de Völker).

L'intervention réalisée peut être

— L'*ouverture d'un abcès* bombant vers le périnée, afin d'éviter sa fistulisation dans le rectum et de pratiquer une dérivation du pus par une fistule périnéale thérapeutique.

— L'*épluchage des lésions* prostatiques et périprostatiques. Mais le nettoyage complet de la glande reste impossible par cette méthode.

— La *prostatectomie partielle* en cas de lésions limitées et bien localisées.

— La *prostatectomie totale*, pratiquée sur des indications différentes suivant les auteurs.

La voie *hypogastrique* enfin, utilisée par Salleras et par des auteurs qui pensaient enlever soit un adénome, soit un néoplasme prostatique, présente également des avantages.

Aussi bien à la suite des interventions par voie périnéale que de celles par voie hypogastrique, on observe fréquemment, si l'opération a été décidée tardivement, des *fistules* persistantes que l'on ne parvient pas à fermer. Les malades se trouvent toutefois nettement améliorés.

Le traitement chirurgical est à envisager, pour les gros abcès prostatiques (l'accord des auteurs est réalisé sur ce point), dans les tuberculoses prostatiques très douloureuses

(Blanc), dans tous les cas de tuberculose prostatique pour les auteurs allemands, dans le cas d'abcès bombant vers le périnée, et, d'une manière générale, pour les malades dont la situation sociale ne permet pas un long séjour dans une station climatique.

VU : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 29 novembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Les publications qui ne sont pas reçues à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Bordeaux et que nous n'avons pu consulter sont marquées d'un astérisque ().*

ARBUTHNOT LANE. — A case of Tubercular Disease of the Prostate with Fistulae externally and into the Rectum; treated by Sulphur. *Transact. of the clin. Soc. of London*, vol. XXXVIII, 1895, p. 288-290.

BEINET (J. M. A. A. S.). — La tuberculose de la prostate. Thèse Bordeaux, 1905-1906, 80 pages.

BERNE-LAGARDE (DE). — La tuberculose prostatique. *Journ. méd. franç.*, janv. 1927, p. 33.

BLANC (Henri). — La tuberculose prostatique méconnue. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 mars 1928, p. 226.

*BLASKOVIC. — La tuberculose de la prostate. *Lijecnicki Vjesnik* (Zagreb), année XLVIII, n° 8, août 1926.

*BOENING HAUD (H.). — Bildung einer sogenannten Vorblase infolge vollständiger tuberkulöser Sequestrierung der Prostate (Totalkaverne). *Arch. f. klin. Chir.*, 1929, t. 155, p. 298-307.

BOTHE (A. E.). — Primary tuberculosis of prostate. *Journ. d'urol.* nov. 1927, p. 494-503.

BOUILLY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1885.

*CONITZER. — *Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorg.*, 1897, VIII, p. 14-24.

CONSTANTINESCO et VINTICI. — *J. d'urologie*, t. 30, 1930, p. 139 à 166 et 279 à 306.

GRANDON. — Primary tuberculosis of Prostate, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1902, p. 19.

CRUVEILHER. — Dégénération tbc. de la prostate. *Anatomie Path.*, 39^e livraison, 1842, *Soc. anat.*, 1845, p. 197.

- *CUSTOM (C. G.). — The symptomatology, diagnosis and treatment of simple, chronic and tuberculous prostatitis. *Am. Journ. Urol.*, 1908, p. 255-268.
- DESJACQUES. — Tuberculose primitive de la prostate. Décès par granulie. Soc. nat. de méd. et des sc. méd., 11 mai 1932.
- DESNOS (E.). — Diagnostic et traitement de la prostatite tuberculeuse. *Rev. de ther. med.-chir.*, Paris, 1895, p. 139-143.
- DIAMANTIS. — Sur un cas de caverne tuberculeuse primitive de la prostate. *Journal d'urologie*, févr. 1932.
- DITTEL. — *Wiener klin. Wochenschr.*, 1899.
- DUFOUR (Ch.). — Etude sur la tuberculisation des organes génito-urinaires. Thèse Paris, 1854.
- *FANCIOTTI. — Fausse incontinence d'urine et caverne prostatique, *Revista romana de Urologia*, 1^{re} année; n° 4, août 1934.
- GAUDIER (H.). — Traitement de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curettage de la prostate. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris, 1895, p. 125-132.
- GAYET. — La tuberculose prostatique chez le vieillard. *Lyon médical*, 1921, p. 933-941.
- *GRENBERG (G.). — Tuberculosis of prostate associated with adenomatous prostate. *M. J. et Rec.*, 4 janv. 1933.
- GUISY (B.). (d'Athènes). — Tuberculose prostatato-vésiculaire. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1906, p. 1409.
- HALLÉ et MOTZ. — Tuberculose de l'urètre postérieur. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, p. 502, 1903.
- HESSE. — *Centrbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, vol. XVII, p. 297-599, 1913.
- Chirurgische Betrachtungen zur Tuberkulose der Prostata, *Klin. Wschr.*, 1914, p. 1157-1161.
- *HILDEBRANDT (O.). — Zur chirurgische Behandlung der Prostata-tuberkulose. *Ztschr. f. Urol.*, 1907, p. 827-832.
- *HUTCHINSON (W.). — Quatre cas d'affection prostatique. *The Amer. Journ. of urology*, mars 1913, p. 133; analysé in *Journ. d'urologie*, 1913, p. 687 à 689.
- JANI. — *Virchow's Archiv*, 1886, CIII, p. 522.
- JULLIEN (Louis). — Article « Prostate » du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

- KRZYWICKI. — *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, vol. III, p. 295-334, 1888.
- LEGUEU. — La tuberculose uro-génitale. *Journ. des praticiens*, 5 janv. 1907.
- *LOI (L.). — Sulla tuberculosi della prostata. *Atti d. Soc. fran. culti. d. sc. med. e nat. Cagliari*, mars 1929, p. 88-92.
- LOWSLEY (Oswald Swinney) et DUFF. — *Annals of Surg.*, janv. 1930.
- *LUCRI (T.). — La tuberculosi primitiva della prostata. *Arch. ital. di urol.*, déc. 1927, p. 150-161.
- MARWEDEL. — *Beitr. z. klin. Chir.*, Tübingen, 1892, IX, p. 537.
- *MINGERS. — *Journal belge d'urologie*, avril 1934.
- *NORDIN. — Fistules périnéales consécutives à une tuberculose prostatique; taille périnéale, extirpation partielle de la prostate; guérison. *Rev. clin. d'andrologie et de gyn.*, Paris, 1902, p. 357-362.
- NAKARAI. — *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, 1898.
- *PATSCHE et FOULD. — Tuberculous Disease of adenomatous prostate. *Brit. Journ. Urol.*, juill. 1931.
- POMMADÈRE (M.). — Etude des troubles mictionnels dans la tuberculose de la prostate. Thèse Lyon, 1913-14, n° 67, 76 pages.
- *RANDALL (A.). — Occurences of cold abcess of prostate. *Tr. am. ass. gen. urin. Surgeons*, 1931, p. 401-405
- RICHER (V.). — Les tuberculoses génitales latentes et l'urétrite chronique tuberculeuse, *Lyon médical*, 1^{er} mars 1925.
- ROKITANSKY. — *Lehrbuch der path. Anat.*, Wien, 1886, III, p. 342.
- SALLERAS (J.). — Tuberculosis primitiva de prostata. Prostatectomia. *Semana medica*, Buenos-Ayres, 1921, p. 632-635.
- SARDA (A.). — Sur le traitement de la tuberculose de la prostate. *Arch. provinc. de chir.*, 1900, p. 177-190.
- SCHILLING (Hj.). — Ein Fall von doppelseitigen primären Uretersteinen und isolierter Prostatatuberkulose. *Acta Chir. Scand.*, 72, 1932, p. 442-453.
- SEIJI TSUDA. — Ueber die hämatogene Prostatatuberkulose. *Arch. f. path. Anat.*, t. 251, 1924, p. 1 à 7.
- SIMMONDS. — *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1886, p. 571.
- TÉDENAT. — Traitement de la tuberculose de la prostate, *Province méd.*, 2 mai 1908.

*TOWNSEND (W. G.). — Primary tuberculosis of prostate. Report of a case, *New England J. med.*, 23 mai 1929, p. 1085-1086.

TSUDA (voir à SEIJI TSUDA).

*WEISER (A.). — Tuberkulose Infektion der hypertrophierten Prostata. *Ztschr., f. urol. Chir.*, 1929, p. 105-112.

ZINKE (Bruno). — Essai sur le traitement des abcès tuberculeux de la prostate. Thèse Paris, 1894.

ZUCKERKANDL. — *Wiener klin. Wschr.*, 1891.

